

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München
Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

Psychopathologische Symptomatik und
demographische Merkmale der Neurosen
Persönlichkeitsstörungen und anderen
nichtpsychotischen psychischen Störungen

Eine Untersuchung an 554 im Jahre 1980 stationär in der
Psychiatrischen Klinik der Universität München behan-
delten Patienten

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnmedizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Thomas Moukriotis
aus
Pretorio/Griechenland

1985

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Hippus

Mitberichterstatter:

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 03.10.1985

1.1	Einleitung	1
1.2	Einleitung	1
1.3	Einleitung	1
1.4	Einleitung	1
1.5	Einleitung	1
1.6	Einleitung	1
1.7	Einleitung	1
1.8	Einleitung	1
1.9	Einleitung	1
1.10	Einleitung	1
1.11	Einleitung	1
1.12	Einleitung	1
1.13	Einleitung	1
1.14	Einleitung	1
1.15	Einleitung	1
1.16	Einleitung	1
1.17	Einleitung	1
1.18	Einleitung	1
1.19	Einleitung	1
1.20	Einleitung	1
1.21	Einleitung	1
1.22	Einleitung	1
1.23	Einleitung	1
1.24	Einleitung	1
1.25	Einleitung	1
1.26	Einleitung	1
1.27	Einleitung	1
1.28	Einleitung	1
1.29	Einleitung	1
1.30	Einleitung	1
1.31	Einleitung	1
1.32	Einleitung	1
1.33	Einleitung	1
1.34	Einleitung	1
1.35	Einleitung	1
1.36	Einleitung	1
1.37	Einleitung	1
1.38	Einleitung	1
1.39	Einleitung	1
1.40	Einleitung	1
1.41	Einleitung	1
1.42	Einleitung	1
1.43	Einleitung	1
1.44	Einleitung	1
1.45	Einleitung	1
1.46	Einleitung	1
1.47	Einleitung	1
1.48	Einleitung	1
1.49	Einleitung	1
1.50	Einleitung	1
1.51	Einleitung	1
1.52	Einleitung	1
1.53	Einleitung	1
1.54	Einleitung	1
1.55	Einleitung	1
1.56	Einleitung	1
1.57	Einleitung	1
1.58	Einleitung	1
1.59	Einleitung	1
1.60	Einleitung	1
1.61	Einleitung	1
1.62	Einleitung	1
1.63	Einleitung	1
1.64	Einleitung	1
1.65	Einleitung	1
1.66	Einleitung	1
1.67	Einleitung	1
1.68	Einleitung	1
1.69	Einleitung	1
1.70	Einleitung	1
1.71	Einleitung	1
1.72	Einleitung	1
1.73	Einleitung	1
1.74	Einleitung	1
1.75	Einleitung	1
1.76	Einleitung	1
1.77	Einleitung	1
1.78	Einleitung	1
1.79	Einleitung	1
1.80	Einleitung	1
1.81	Einleitung	1
1.82	Einleitung	1
1.83	Einleitung	1
1.84	Einleitung	1
1.85	Einleitung	1
1.86	Einleitung	1
1.87	Einleitung	1
1.88	Einleitung	1
1.89	Einleitung	1
1.90	Einleitung	1
1.91	Einleitung	1
1.92	Einleitung	1
1.93	Einleitung	1
1.94	Einleitung	1
1.95	Einleitung	1
1.96	Einleitung	1
1.97	Einleitung	1
1.98	Einleitung	1
1.99	Einleitung	1
1.100	Einleitung	1

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1	<u>Einleitung</u>	1
	Lehrbuchbeschreibung der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	
1.1	Neurosen	1
1.1.1	Vorbemerkungen	1
1.1.2	Neurosen mit vorherrschender Angstsymptomatik	2
1.1.2.1	Die Angstneurose	3
1.1.2.2	Die phobischen Neurosen	3
1.1.2.3	Die Herzphobie	4
1.1.2.4	Die Hypochondrie	4
1.1.2.5	Therapie der Neurosen mit Angstsymptomatik	5
1.1.3	Die neurotische Depression	5
1.1.4	Die Zwangsneurose	6
1.1.5	Die hysterische Neurose	7
1.1.6	Das Depersonalisationssyndrom	9
1.2	Persönlichkeitsstörungen	9
2	<u>Material, Methodik und Fragestellung</u>	12
2.1	Beschreibung der Daten	12
2.2	Methodik	12
2.3	Fragestellung	14
3	<u>Darstellung der Ergebnisse</u>	
3.1	Übersicht über die Grundgesamtheit	15
3.1.1	Geschlechtsverteilung	15
3.1.2	Verteilung der Diagnosen	15
3.1.2.1	Übersicht	15
3.1.2.2	Häufigkeitsverteilung	15
3.1.2.3	Geschlechterrelation innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen	16
3.2	<u>Untersuchung der Diagnosegruppen</u>	17
3.2.1	<u>Beschreibung der Neurosen (ohne neuro- tische Depression)</u>	17
3.2.1.1	Altersverteilung	17

	Seite
3.2.1.2.	Aufenthaltsdauer in der Klinik 17
3.2.1.3.	Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik 18
3.2.1.4	Psychosoziale Beeinträchtigung 19
3.2.1.5	Psychischer Aufnahmebefund 19
3.2.2	<u>Beschreibung der neurotischen Depression</u> 21
3.2.2.1	Altersverteilung 21
3.2.2.2.	Aufenthaltsdauer in der Klinik 21
3.2.2.3.	Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik 22
3.2.2.4	Psychosoziale Beeinträchtigung 23
3.2.2.5.	Psychischer Aufnahmebefund 23
3.2.3	<u>Beschreibung der Persönlichkeitsstörungen</u> 26
3.2.3.1	Altersverteilung 26
3.2.3.2	Aufenthaltsdauer in der Klinik 27
3.2.3.3	Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik 27
3.2.3.4	Psychosoziale Beeinträchtigung 28
3.2.3.5	Psychischer Aufnahmebefund 28
3.2.4	<u>Beschreibung der körperlichen Funktions- störungen psychischen Ursprungs</u> 30
3.2.4.1	Altersverteilung 30
3.2.4.2	Aufenthaltsdauer in der Klinik 30
3.2.4.3	Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik 31
3.2.4.4	Psychosoziale Beeinträchtigung 31
3.2.4.5	Psychischer Aufnahmebefund 32
3.2.5	<u>Beschreibung der psychogenen Reaktionen</u> 34
3.2.5.1	Altersverteilung 34
3.2.5.2	Aufenthaltsdauer in der Klinik 34
3.2.5.3	Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik 35
3.2.5.4	Psychosoziale Beeinträchtigung 35
3.2.5.5	Psychischer Aufnahmebefund 36
3.2.6	<u>Beschreibung der Suchtkrankheiten</u> 38
3.2.6.1	Altersverteilung 38
3.2.6.2	Aufenthaltsdauer in der Klinik 38
3.2.6.3	Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik 39

		Seite
3.2.6.4	Psychosoziale Beeinträchtigung	39
3.2.6.5	Psychischer Aufnahmebefund	40
4	<u>Diskussion</u>	
4.1	Vergleichende Betrachtung der untersuchten Diagnosegruppen anhand der demographischen und klinischen Merkmale	42
4.1.1	Durchschnittsalter	42
4.1.2	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik	43
4.1.3	Durchschnittliche Anzahl aller bisherigen Klinkaufenthalte	43
4.1.4	Durchschnittliche psychosoziale Beein- trächtigung	44
4.1.4.1	Durchschnittliche psychosoziale Beein- trächtigung bei der Aufnahme	44
4.1.4.2	Durchschnittliche psychosoziale Beein- trächtigung bei der Entlassung	44
4.1.4.3	Differenz aus durchschnittlicher psycho- sozialer Beeinträchtigung bei der Entlas- sung und bei der Aufnahme	45
4.1.5	Psychopathologische Symptomatik	45
4.2	<u>Vergleich unserer Ergebnisse mit Unter- suchungen aus dem Jahre 1978 in der Psychiatrischen Klinik der Universität München</u>	53
4.2.1	Neurosen	53
4.2.2	Neurotische Depression	56
4.2.3	Persönlichkeitsstörungen	57
4.2.4	Körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs	59
4.2.5	Suchtkrankheiten	62
4.2.6	Schlußfolgerung	64
5	<u>Zusammenfassung</u>	66

		Seite
6	<u>Tabellarischer Anhang</u>	76
6.1	Übersicht über den tabellarischen Anhang	76
6.2	Tabellen und Abbildungen	79
7	<u>Literaturverzeichnis</u>	103

Teil 1

E i n l e i t u n g:

Lehrbuchbeschreibung der
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen

stärksten ausgeprägte Symptom gestellt, und die übrigen Symptome werden mit in die Diagnose einbezogen. Das ergibt oft umständlich klingende diagnostische Beschreibungen. Auch wenn man von "reinen" Neuroseformen spricht, so handelt es sich nicht um einheitliche Bilder, was die Ausprägung und den Schweregrad der Störung angeht. Jeder Neurosetyp bietet vielmehr ein breites Spektrum, das von prognostisch guten bis zu chronischen Zuständen reicht. Am stärksten ausgeprägt ist dies bei Angst- und hysterischen Neurosen. Eine weitere Schwierigkeit ist, daß die verschiedenen Neuroseformen nicht scharf abgegrenzt werden können, da eine Kombination bestimmter psychischer Symptome nicht zwingend zur Diagnose führt.

1.1.2. Neurosen mit vorherrschender Angstsymptomatik

Jedem Menschen ist das Gefühl der Angst bekannt und er muß mit der Verarbeitung von gewissen Quantitäten von Angst fertig werden. Ein Leben ohne Angst ist eine Utopie. Unsere Vorfahren waren den Naturgewalten viel stärker ausgesetzt als wir. Vielleicht ist das der Grund, daß Angst heutzutage kein besonderes Thema zu sein scheint. Sieht man jedoch genauer hin, dann sind auch heute die Ängste des Menschen ein bedeutender Teil seiner Lebensbewältigung. Keine moderne Technik kann dem Menschen die Angst vor dem eigenen Tod, vor der Ungewißheit der Zukunft oder vor dem Verlust eines Menschen, den man liebt, nehmen. Früher gestand man diese Angst ein, heute dagegen fehlt zunehmend die Fähigkeit die Angst bewußt wahrzunehmen.

Im weiteren werden jene Krankheitsbilder besprochen die sich durch ihr erhöhtes Ausmaß an Angst, bzw. durch die herabgesetzte Fähigkeit Angst zu ertragen, auszeichnen. Die wichtigsten Krankheitsbilder mit Angstzuständen als zentrale Symptomatik sind die Angstneurose, die Phobie, die Herzphobie und die Hypochondrie.

Angst vor Tieren (Zoophobie), vor allem Schlangen, Insekten und Spinnen, Ängste der vegetativen Reaktionen, in erster Linie die Angst zu erröten (Erythrophobie). Damit ist bereits die Breite des klinischen Bildes nachvollziehbar. Die Tierphobie beeinträchtigt den Patienten nicht, solange er mit dem bestimmten Tier nicht konfrontiert wird. Die Erythrophobie dagegen berührt den Kontakt zu Mitmenschen. Phobiker mit derartigen Ängsten ziehen sich meistens zurück. Ebenfalls zur sozialen Isolierung führen die Platzängste oder die Angst vor einer nicht näher bekannten Person (Xenophobie).

1.1.2.3. Die Herzphobie (ICD-Nr. 306.2)

Sie ist die am engsten umschriebene Phobie, die sich auf einen eigenen Körperteil richtet. Der Herzneurotiker hat meistens Angst vor dem plötzlichen Herztod, vor der unerkannten Herzkrankheit. Aufgrund testpsychologischer Befunde muß man einen A-Typ (depressiv-anlehnend) von einem B-Typ (aktiv-kontraphobisch) unterscheiden.

Untersuchungen haben ergeben, daß vor allem ambivalente Trennungskonflikte bei der Psychogenese der Herzneurosen eine besondere Rolle spielen. Differentialdiagnostisch müssen organisch verursachte Herzbeschwerden abgegrenzt werden.

1.1.2.4. Die Hypochondrie (ICD 300.7)

Die extreme Beobachtung des eigenen Körpers führt öfters zur Krankheitsfurcht. Beim neurotisch hypochondrischen Patienten ist das Angstgefühl nicht in der Außenwelt sondern im eigenen Körper begründet; es kann sich auf jedes Organ beziehen. Die Hypochondrie kann leicht ausgeprägt sein, sie kann aber auch schwere Formen annehmen und ist dann als Zeichen einer psychopathologischen Wesensänderung anzusehen. Chronische Hypochondrien haben meistens eine schlechte Prognose.

Hypochondrische Erscheinungen kommen oft vor. Meistens sind sie harmloser und vorübergehender Natur; sie kommen aber auch bei depressiven oder schizophrenen Psychosen in Form des hypochondrischen Wahns vor. Die Differentialdiagnose ist häufig schwer, da sich der Wahncharakter der hypochondrischen Vorstellung oft erst nach längerer Verlaufsperiode zeigt. Die Pathogenese des hypochondrischen Syndroms ist eine gestörte Beziehung zum Körperbild. Ängste, die der sozialen Interaktion entstammen, haben sich in die angsthafte Beschäftigung mit dem Körper und seiner Funktion verwandelt. Der eigene Körper kann dabei sogar die Funktion des sozialen Partners einnehmen. Die Folge davon ist soziale Isolation des Patienten und Beschäftigung nur noch mit dem eigenen Körper.

1.1.2.5. Therapie der Neurosen mit Angstsymptomatik

Im allgemeinen ergibt sich hier ein weites Feld für die verschiedenen Formen der Psychotherapie. Bei schweren Formen der Angstneurose ist eine zusätzliche medikamentöse Behandlung unabdingbar, während die Phobien dagegen besser auf Psychotherapie ansprechen. Problematisch erweist sich häufig die Psychotherapie der hypochondrischen Störungen, da die Patienten sich nicht selten fehlbehandelt fühlen und dadurch der Psychotherapie sehr ablehnend gegenüber stehen.

1.1.3. Die neurotische Depression (ICD 300.4)

Als neurotische Depression bezeichnen Degkwitz et al. (1982) eine stärkere Senkung der Stimmungslage, die mit der Minderung des Antriebs, der Selbsteinschätzung, der Leistung, des Interesses und der allgemeinen Aktivität verbunden ist. Neurotische und psychotische Depressionen können in der Symptomatik gleich sein. Zur Differentialdiagnose können daher nur die Schwere des Krankheitsbildes und der unterschiedliche Verlauf herangezogen werden. Bei der endogenen Depression

sind gegenüber der neurotischen Depression deutlich abgrenzbare Phasen, eine Eigengesetzlichkeit des Verlaufes, und ausgesprochene Vitalstörungen (Schlafstörungen, Tagesschwankungen, vegetative Regulationsstörungen) zu beobachten. Die neurotische Depression dagegen ist eher durch eine chronisch depressive Verstimmung mit Intensitätsschwankungen gekennzeichnet. Die den neurotischen Depressionen zugrundeliegende Persönlichkeitsstruktur zeigt sich in erster Linie als fordernd und abhängig, oft ähnelt sie auch stark den zwanghaften Persönlichkeiten. Pathogenetisch nimmt man an, daß der Störung eine ambivalente Beziehung zu den früheren Bezugspersonen zugrunde liegt.

Aufgrund pathogenetischer Aspekte trennen R. Degkwitz et al. (1982) von der depressiven Neurose den psychischen Masochismus ab, bei dem die Patienten ihr Schuldgefühl unbewußt verdrängen und durch autoaggressive Handlungen ersetzen. Im Gegensatz zu den Depressionen, die meist bewußt an ihren Schuldgefühlen leiden, sind die Patienten des psychischen Masochismus oft nicht depressiv, sondern "bestrafen" sich durch aktiv herbeigeführte Schicksalsschläge und anderes Unglück.

Die Therapie der neurotischen Depression sollte durch die verschiedenen Formen der analytischen Psychotherapie angegangen werden und seltener (als in der Praxis üblich) unterstützend Medikamente gegeben werden.

1.1.4. Die Zwangsneurose (ICD 300.3)

Bei der Zwangsneurose muß man zwischen Zwangsanfall (Zwangshandlungen, Zwangsimpulse, Zwangseinfälle) und Zwangsritual unterscheiden. Beim ersten handelt es sich um eine Störung der Ordnung, beim zweiten dagegen um den Versuch eine Ordnung wiederherzustellen. In der Psychodynamik der Zwangsneurose geht es offenbar um zweierlei. Auf der einen Seite gibt es Impulse, Phantasien, Vorstellungen, die sich aufdrängen und

die der Patient nicht ertragen kann, und auf der anderen Seite gibt es Versuche mit diesen fertigzuwerden. Dabei handelt es sich aber, wie bei allen Neurosen, um ungeeignete Versuchsmaßnahmen. Neben der Pathogenese aus psychodynamischer Sicht (unzureichende Verarbeitung antisozialer Bedürfnisse) werden bei der Zwangsneurose auch Erbfaktoren vermutet. Im Kreis, dem der Zwangsneurotiker entstammt, findet man eine Häufung zwanghafter oder zwangsneurotischer Persönlichkeiten.

Das der Zwangsneurose zugrundeliegende Charakterbild wird als Zwangscharakter (ICD 301.4) bezeichnet. Damit sind Menschen gemeint, die sich durch Ordnungsliebe, Rigidität und Enge in ihren Denkfunktionen auszeichnen. Ein starkes Bedürfnis nach Sauberkeit, Ängstlichkeit und peinliche Genauigkeit sowie dominierende Moralvorstellungen kommen hinzu. Differentialdiagnostisch ist das voll ausgeprägte Bild der Zwangsneurose kaum zu verwechseln; therapeutisch dagegen stellt die Zwangsneurose ein Problem dar, da sowohl eine spezifische Psychotherapie als auch Pharmakotherapie bisher fehlen, bzw. nicht den gewünschten Erfolg verbuchen.

1.1.5. Die hysterische Neurose (ICD 300.1)

Während es sich bei der Zwangsneurose um eine seltene Neuroseform handelt, kommen die hysterischen Neurosen, ähnlich wie die depressiven Störungen und die Gruppe der Angstneurosen, häufig vor.

Das klassische Symptom der hysterischen Neurose war der "große hysterische Anfall", bei dem der Kranke sich in Überstreckung des ganzen Körpers aufbäumt. Während im 19. Jahrhundert viele Patienten einen solchen Anfall hatten, ist er heutzutage zur Seltenheit geworden.

Heute werden diese Anfälle meistens durch die Hyperventilationstetanie ersetzt, die durch Dysfunktion der Motorik

(psychogene Lähmungen) und Sensorik (Schmerzen, sensible Störungen) ergänzt werden. Regelmäßig treten auch Bewußtseinsstörungen und dissoziative Phänomene (Traumzustände) auf. Häufig sind auch Gedächtnisstörungen. Bei vielen Hysterikern werden Angstzustände beobachtet und bei allen ist die Sexualität gestört. Einen wichtigen Hinweis zur Diagnose der hysterischen Neurose gibt das Vorliegen einer hysterischen Persönlichkeit oder Charakters (ICD 301.5), obwohl nicht jede Konversionsneurose sich auf dieser aufbaut. Die hysterische Persönlichkeit ist meist durch Infantilität, Egozentrik, Unechtheit, Geltungssucht, fordernde Abhängigkeit und regelmäßig höchst problematische Partnerbeziehungen charakterisiert.

Psychogenetisch stehen im Mittelpunkt der Psychodynamik dieser Patienten unbewußte Vorstellungen und Phantasien. Der Mechanismus der Konversion der Konflikte aus dem psychischen Bereich ins körperliche ist dagegen noch größtenteils ungeklärt. Psychodynamisch kommt bei den Patienten eine profuse Neigung hinzu, sich mit anderen Menschen zu identifizieren. Hinzu kommt eine absichtliche Veränderung des Selbsterlebens des Patienten, mit dem Ziel einer regressiven Veränderung des Selbstbildes. Das Hervorheben der eigenen Hilflosigkeit ist dabei der Hauptabwehrmechanismus gegen nicht akzeptable Umwelteinflüsse und Schuldgefühle.

Differentialdiagnostisch ist zu beachten, daß jede unklare, zum Wechsel in Ausprägung und Lokalisation neigende, nicht auf eine organische Genese zurückführbare körperliche Störung konversionsneurotischen Ursprungs sein kann. Am schwierigsten ist die Diagnose bei Schmerzen und Mißempfindungen, die vom Arzt nicht zu objektivieren sind. Während früher die Psychotherapie als indiziert und prognostisch günstig angesehen wurde, sind seit einigen Jahren starke Zweifel aufgetaucht. Allgemein läßt sich sagen, daß die analytische Therapie umso eher zum Erfolg führt, je ausgeprägter, bezüglich der Symptomatik, und klarer, bezüglich der Psychogenese, die Störung ist. Bei Fällen, wo die Störung stabil monosymptomatisch ist, ist auch Verhaltenstherapie indiziert.

1.1.6. Das Depersonalisationssyndrom (ICD 300.6)

Als Depersonalisation wird eine Reihe von Störungen bezeichnet, die als kurzzeitige Reaktion sowohl bei Neurosen als auch bei Psychosen auftreten können. Bei der Depersonalisation handelt es sich um eine ausgesprochene Störung des Erlebens der eigenen Identität. Der Patient erlebt sich oft mit multipler Identität, als neben sich stehend, und er hat das Gefühl nicht mehr er selbst zu sein. Von den Depersonalisationserlebnissen ist das Derealisationserlebnis zu unterscheiden, bei dem es sich um ein verändertes Erleben der Umwelt handelt. Beide Zustände gehören zu dem unangenehmsten was Menschen erleben können. Sie beunruhigen die Patienten sehr und sind mit erheblicher Angst begleitet.

Differentialdiagnostisch sind die neurotischen Depersonalisation Zustände von solchen bei Psychosen, Intoxikationen und organisch bedingten Störungen (temporale Epilepsie) abzugrenzen. Die Prognose des neurotischen Depersonalisationssyndroms ist in der Regel gut.

1.2. Persönlichkeitsstörungen (ICD-Nr. 301)

Wenn wir von Persönlichkeits- oder Charakterstörungen sprechen, so steht dahinter die Annahme, daß es auch eine ungestörte Persönlichkeit gibt. Da es aber bis heute nicht gelungen ist "normale" Grundpersönlichkeiten zu definieren, werden Persönlichkeitsstörungen beschrieben, deren Grundpersönlichkeit von den korrespondierenden schweren Krankheitsbildern (Neurosen, Psychosen) abgeleitet werden. Beispiele dafür sind die paranoiden, zylothymen und schizoiden Persönlichkeiten.

Bei den paranoiden Persönlichkeiten (ICD 301.0) handelt es sich um Personen, die die Neigung haben die verschiedensten Vorgänge auf sich zu beziehen. Diese starke Selbstbezogenheit gibt dem Patienten das Gefühl ständig Unrecht zu erleben. Bei

den zylothymen Persönlichkeiten (ICD 301.1.) stehen Stimmungsschwankungen im Vordergrund. Diese Verstimmungen können depressiv oder euphorisch sein, oder die Stimmung schwankt zwischen diesen Extremen. Die schizoide Persönlichkeit (ICD 301.2.) zeichnet sich durch eine ausgeprägte Unterdrückung von Emotionen und Affekten aus, die oft mit sozialem Rückzug einhergeht. Solche Menschen werden als "introvertiert" bezeichnet und leben zurückgezogen und isoliert. Auf die hysterische (ICD 301.5), die depressive (ICD 301.1.) und die zwanghafte (anankastische; ICD 301.4) Persönlichkeit ist bereits eingegangen worden.

Die asthenischen Persönlichkeiten (ICD 301.6) sind durch ihre Antriebsarmut und gehemmte Affektivität gekennzeichnet. Bei der antisozialen und dissozialen Persönlichkeitsstörung (ICD 301.7) handelt es sich um kriminelle Persönlichkeiten mit fehlender sozialer Einsicht und affektiver Kälte. Diese Menschen stammen ausnahmslos aus ablehnendem und emotional kaltem psychosozialen Milieu.

K. Schneider (nach Degkwitz et al., 1982) verwendet in seiner klinischen Psychopathologie eine andere Einteilung der Persönlichkeitsvarianten. Dabei stellt er folgende Normvarianten dar: bei Menschen mit Abweichungen besonders im affektiven Bereich spricht er von hyperthymischen, depressiven und selbstunsicheren Psychopathen; beim Vorherrschen expansiver und exzentrischer Charakterzüge spricht er von fanatischen und geltungssüchtigen Psychopathen; bei launenhaften und reizbaren Menschen spricht er von stimmungslabilen und explosiblen Psychopathen und schließlich beschreibt er noch gemütlöse Psychopathen (Menschen mit auffallender Gemütskälte), willenslose Psychopathen (Menschen mit starker äußerer Beeinflußbarkeit) und asthenische Psychopathen (Menschen mit ständigem Versagen in allen Bereichen). Hierbei handelt es sich allerdings nicht um psychiatrische Diagnosen, sondern um die Differenzierung von Normvarianten und die Beschreibung ihrer Eigenart.

Die psychoanalytische Interpretation sieht eine Übereinstimmung der Abwehrstruktur bei der Grundpersönlichkeit aller Psychopathen. Im Gegensatz zu den Neurosen leiden die Betroffenen aber weniger an umschriebenen Symptomen, sondern am allgemeinen Gefühl der Unzufriedenheit und des Unglücks. Besonders die sozialen Beziehungen sind durch mannigfache Konflikte regelmäßig gestört. Aus psychoanalytischer Sicht sind die Persönlichkeitsstörungen aber genauso Lösungsversuche innerer Konflikte wie die Neurosen, aber mit verschiedenen Verarbeitungsformen.

Die Therapie der Persönlichkeitsstörungen ist wegen des Fehlens von Symptomen problematisch. Es kommt vor allem die Gesprächstherapie in Frage. Mit dieser psychotherapeutischen Technik sind allerdings nur solche Patienten zu behandeln, die ein subjektives Leidensgefühl verspüren und sich infolgedessen motivieren lassen und einen Wunsch nach Veränderung haben. Diese Persönlichkeitsstörungen könnte man als Charakterneurosen bezeichnen. Alle anderen Charakterstörungen dagegen, deren Träger sich nicht krank fühlen, sind auch mit diesen therapeutischen Techniken nicht therapierbar.

Teil 2

M a t e r i a l, M e t h o d i k
u n d F r a g e s t e l l u n g

2. Material, Methodik und Fragestellung

2.1. Beschreibung der Daten

Im Beobachtungszeitraum vom 1.1.1980 - 31.12.1980 wurden 1601 Patienten in die Psychiatrische Klinik der Universität München aufgenommen und deren Daten mit dem AMDP-System erfaßt. Von diesen 1601 Patienten werten wir in dieser Arbeit die Dokumentationsunterlagen von 554 Patienten aus, bei denen die ICD-9-Diagnosen 298.2, 298.3, 298.8, 300-310, 312 und 316 gestellt wurden. Wir untersuchen die Daten über die Diagnosen, das Geschlecht, das Alter, die Aufenthaltsdauer, die Anzahl aller bisherigen Klinikaufenthalte und den Schweregrad der Krankheit bei der Aufnahme und bei der Entlassung. Der Schweregrad der Krankheit wird dokumentiert mit Hilfe der Skala zur Einschätzung der psychosozialen Beeinträchtigung (PSB). Diese Schätzskala wurde 1976 von J. Endicott et al. publiziert. Außerdem beschreiben wir die psychopathologische Symptomatik, die mit Hilfe des AMDP-Systems dokumentiert wurde, wobei wir nur den Aufnahmebefund berücksichtigen. Die computerunterstützte Auswertung der Daten erfolgte im Rechenzentrum des Klinikums Großhadern.

2.2. Methodik

Die diagnostische Beschreibung der 554 Patienten richtet sich nach der ICD-9. Zur Erleichterung der Beschreibung und des Vergleichs fassen wir die oben genannten ICD-Kategorien zu sechs Diagnosegruppen zusammen.

Einteilung der ICD-Kategorien in sechs Diagnosegruppen

Diagnosegruppe 1: N e u r o s e n

(ohne neurotische Depression)

ICD-Nr. 300, ohne 300.4

Diagnosegruppe 2: N e u r o t i s c h e D e p r e s s i o n
ICD-Nr. 300.4

Diagnosegruppe 3: P e r s ö n l i c h k e i t s s t ö r u n -
g e n
ICD-Nr. 301, 302, 310 und 312

Diagnosegruppe 4: K ö r p e r l i c h e F u n k t i o n s -
s t ö r u n g e n p s y c h i s c h e n
U r s p r u n g s
ICD-Nr. 306, 307 und 316

Diagnosegruppe 5: P s y c h o g e n e R e a k t i o n e n
ICD-Nr. 308, 309, 298.2, 298.3 und 298.8

Diagnosegruppe 6: S u c h t k r a n k h e i t e n
ICD-Nr. 303-305

Den Anfang des tabellarischen Teils bildet eine Übersicht über die sechs Diagnosegruppen, deren Häufigkeit und die Geschlechtsrelation. Im Anschluß daran werden die Diagnosegruppen einzeln beschrieben. Wir untersuchen deren Altersverteilung, Aufenthaltsdauer in der Klinik, Anzahl aller bisherigen Klinikaufenthalte, psychosoziale Beeinträchtigung und psychopathologische Symptomatik. Die Daten werden sowohl anhand von Tabellen und Abbildungen als auch anhand einer ausführlichen Textdarstellung erläutert.

Bei der Beschreibung des psychischen Befundes bei der Aufnahme der Patienten werden nur Symptome berücksichtigt, die bei mindestens zehn Prozent der Patienten vorkommen. Eine Ausnahme bildet ein außerordentlich häufiges oder seltenes Vorkommen eines Symptoms. Zudem wird der Schweregrad bzw. die Ausprägung der Symptome, wie sie im AMDP-System mit "leicht-mittelschwer" beschrieben wird, in unserer Arbeit nicht berücksichtigt.

2.3. Fragestellung

Vorrangiges Ziel dieser Arbeit ist eine umfassende Beschreibung der einzelnen in 2.2 genannten Diagnosegruppen mit Hilfe der demographischen und klinischen Daten und der psychopathologischen Symptomatik des AMDP-Systems. Anhand der Ergebnisse erfolgt ein Vergleich mit ähnlichen Untersuchungen an Patienten der Psychiatrischen Universitätsklinik München des Jahres 1978. Vor allem soll geprüft werden, ob sich aufgrund des Wechsels der den Arbeiten zugrunde liegenden internationalen Klassifikation der WHO von der achten Revision im Jahre 1978 auf die neunte Revision des Jahres 1980 größere Unterschiede ergeben.

In dieser Arbeit werden nur die sechs genannten Diagnosegruppen (Neurosen, neurotische Depression, Persönlichkeitsstörungen, körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs, psychogene Reaktionen und Suchtkrankheiten) untersucht. Die Diagnosegruppen der Psychosen werden - mit Ausnahme der affektiven Psychosen - in der Dissertation von J. Wasner (im Druck) beschrieben.

Teil 3

Darstellung der Ergebnisse

1. Übersicht über die Grund-
gesamtheit
2. Untersuchung der Diagnosegruppen

3.1. Übersicht über die Grundgesamtheit

Im Untersuchungszeitraum 1980 wurden von allen 1601 aufgenommenen Patienten den sechs genannten Diagnosegruppen 554 Patienten zugeordnet. Diese 554 Patienten sollen im folgenden als Grundgesamtheit definiert sein.

3.1.1. Geschlechtsverteilung

Von 554 Patienten sind 215 weiblich und 339 männlich. Die weiblichen Patienten verhalten sich zahlenmäßig zu den männlichen Patienten wie 0,6 : 1. Der prozentuale Anteil der Frauen ist 38,8 %, jener der Männer 61,2 %.

3.1.2. Verteilung der Diagnosen

3.1.2.1. Übersicht

Die Grundgesamtheit der Patienten wurde in sechs Diagnosegruppen eingeteilt. Im einzelnen entfallen auf die Neurosen (ohne neurotische Depression) 103 Patienten, auf die neurotische Depression 139, auf die Persönlichkeitsstörungen 102, auf die körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs 17, auf die psychogenen Reaktionen 71 und auf die Suchtkrankheiten 122.

3.1.2.2. Häufigkeitsverteilung

Im folgenden werden die Diagnosegruppen in abnehmender Häufigkeitsreihenfolge mit prozentualem Anteil an der Grundgesamtheit der Patienten aufgeführt. Die neurotische Depression steht mit 25,1 % aller Patienten an erster Stelle, dicht gefolgt von den Suchtkrankheiten mit 22,0 %. Eine zahlenmäßig fast gleich große Gruppe bilden die Neurosen (ohne neurotische Depression) mit 18,6 % und die Persönlichkeitsstörungen mit 18,4 %. An vor-

letzter Stelle der Reihenfolge steht die Diagnosegruppe der psychogenen Reaktionen mit 12,8 % und an letzter Stelle mit nur 3,1 % - Anteil folgt die Gruppe der körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs.

3.1.2.3. Geschlechtsrelation innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen

Bei der zusätzlichen Aufteilung der Grundgesamtheit nach dem Geschlecht der Patienten fällt auf, daß auf die Diagnosegruppen neurotische Depression und körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs annähernd gleich viele Männer und Frauen entfallen. Da die Frauen in beiden Fällen sehr geringfügig öfter repräsentiert sind, ist das zahlenmäßige Verhältnis Männer zu Frauen jeweils 1 : 1,1. Bei den Neurosen (ohne neurotische Depression) dominieren etwas die Männer. Hier stehen 56 männliche Patienten (16,5 % aller Männer) 47 weiblichen Patienten (21,9 % aller Frauen) im Verhältnis 1 : 0,8 gegenüber.

Deutliche Unterschiede in der Geschlechtsrelation ergeben sich bei den Persönlichkeitsstörungen (72 Männer = 21,2 %; 30 Frauen = 14,0 %), den Suchtkrankheiten (86 Männer = 25,4 %; 36 Frauen = 16,7 %) und den psychogenen Reaktionen (50 Männer = 14,7 %; 21 Frauen = 9,8 %). In diesen drei Diagnosegruppen sind jeweils mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen vertreten; das zahlenmäßige Verhältnis beträgt jeweils 1 : 0,4.

3.2. Untersuchung der Diagnosegruppen

3.2.1. Beschreibung der Neurosen (ohne neurotische Depression)

Im Untersuchungszeitraum 1980 wurde bei 103 von 1601 insgesamt aufgenommenen Patienten die Diagnose Neurose (ohne neurotische Depression) gestellt, das sind 6,4 % aller Patienten. Davon sind 56 männliche Patienten (7,5 % aller Männer) und 47 weibliche Patienten (5,5 % aller Frauen).

3.2.1.1. Altersverteilung

Der Häufigkeitsgipfel der Alterverteilung der Patienten mit Neurosen (ohne neurotische Depression) fällt in die Gruppe der 16-25-jährigen mit 39,8 % aller Patienten mit dieser Diagnose. Gefolgt wird diese Altersgruppe von den 26-35-jährigen mit 28,2 % und den 36-45-jährigen mit 20,4 %. Die Altersklassen über 46 Jahre sind nur noch mit insgesamt 11,7 % der Patienten vertreten, d.h. nur 12 von 103 Patienten mit der Diagnosegruppe Neurosen (ohne neurotische Depression) sind älter als 46 Jahre. Das Durchschnittsalter beträgt 31 Jahre.

Bei der Aufteilung nach dem Geschlecht ergeben sich bezüglich der Altersverteilung bis auf unbedeutende Schwankungen innerhalb der einzelnen Altersgruppen keine Unterschiede.

3.2.1.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

Die meisten Patienten mit Neurosen (22,3 %) haben eine Aufenthaltsdauer zwischen 21 und 30 Tagen, in welcher ein deutlicher Häufigkeitsgipfel in der Verteilungskurve besteht. Nach einem steilen Abfall auf 9,7 % bei 31-40 Tagen Aufenthalt folgt ein erneuter geringer Anstieg auf 15,5 % bei 41-50 Tagen. Insgesamt befanden sich 50,5 % der Patienten bis zu einem

Monat, 31 % zwischen einem und zwei Monaten, 11,6 % zwischen zwei und drei Monaten und nur 6,9 % mehr als drei Monate in der Klinik. Der Mittelwert der Aufenthaltsdauer liegt bei 38 Tagen. 180 Tage ist die längste Aufenthaltsdauer.

Bei der Unterscheidung der Geschlechter innerhalb der Aufenthaltsdauer-Verteilungskurve überwiegen bei den Patienten mit Neurosen (ohne neurotische Depression) die Männer in den ersten beiden Monaten: 85,8 % der Männer gegenüber nur 76,7 % der Frauen wurden in den ersten zwei Monaten entlassen. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer überwiegen dann die Frauen: 17,0 % gegenüber 7,2 % der Männer im dritten Monat und 6,4 % gegenüber 5,4 % der Männer bei mehr als drei Monaten. Die Frauen sind im Mittel 39 Tage in der Klinik, die Männer 38 Tage.

3.2.1.3. Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik

76,7 % der Patienten mit Neurosen (ohne neurotische Depression) wurden zum erstenmal, 23,3 % wiederholt in eine psychiatrische Klinik aufgenommen. Von den Wiederaufnahmen handelt es sich bei 9,7 % um den zweiten, bei zwei Patienten jeweils um den dritten, vierten und siebten und bei einem Patienten jeweils um den sechsten, neunten und zehnten Aufenthalt. Die mittlere Anzahl aller Aufenthalte beträgt 1,7.

Da der Patient mit dem neunten und zehnten Aufenthalt jeweils eine Frau ist, ergibt sich rechnerisch für die weiblichen Patienten mit 1,8 durchschnittlichen Aufnahmen eine etwas höhere Anzahl an Klinikaufenthalten als bei den männlichen Patienten mit 1,5 durchschnittlichen Aufnahmen.

3.2.1.4. Psychosoziale Beeinträchtigung (PSB)

Ein deutlicher Häufigkeitsgipfel der Verteilungskurve der PSB bei der Aufnahme ist mit 32,0 % der Patienten mit der Diagnosegruppe Neurosen (ohne neurotische Depression) in der Bewertungsstufe 51-60. In die Bewertungsstufen zwischen 31 und 60 wurden bei der Aufnahme insgesamt 70,9 % der Patienten, zwischen 61 und 80 28,1 % und zwischen 10 und 30 nur 1,0 % eingeteilt. Der mittlere Aufnahmewert beträgt 53.

Bei der Entlassung wurden die meisten Patienten (31,3 %) mit einer PSB von 61-70 bewertet. Auf über 60 kommen 4/5, zwischen 31 und 60 sind 1/5 der Patienten; in niedrigere Bewertungsstufen wurde niemand eingeteilt. Die mittlere Entlassungsbewertung liegt bei 69 PSB-Punkten.

Die Geschlechtsdifferenzierung läßt eine minimal schlechtere Bewertung der Frauen bei der Aufnahme (im Mittel bei den Frauen 52, bei den Männern 54 PSB-Punkte) und eine minimal schlechtere Einschätzung bei der Entlassung erkennen (Männer 70, Frauen 68).

3.2.1.5. Psychischer Aufnahmebefund

Bewußtseinsstörungen kommen bei den Patienten mit Neurosen (ohne neurotische Depression) selten vor. Die häufigste Form der Störung ist die Verminderung des Bewußtseins (2,9 %). Orientierungsstörungen sind noch seltener als die Bewußtseinsstörungen. Zeitliche und situative Desorientierung tritt nur bei 1,9 % der Patienten auf. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen manifestieren sich bei den Patienten mit Neurosen (ohne neurotische Depression), bis auf Konzentrationsstörungen (29,1 %), ebenfalls selten.

Als häufigste formale Denkstörung tritt bei den Patienten mit Neurosen (ohne neurotische Depression) das eingeengte

Denken auf (28,2 %). Grübeln (24,3 %), verlangsamtes Denken (18,5 %) und umständliches Denken (13,6 %) folgen in der Symptommhäufigkeit. Gehemmtes Denken und eine perseverierende Denkweise kommen bei jeweils 5,8 % der Patienten vor.

Befürchtungen und Zwänge sind bis auf das Mißtrauen überdurchschnittlich häufig. In keiner anderen Diagnosegruppe leiden so viele Patienten an der nicht wahnhaften Hypochondrie (24,3 %), an Zwangsdenken (13,6 %) und Phobien (12,6 %). 18,5 % der Patienten äußern daneben noch Mißtrauen und 7,8 % Zwangshandlungen.

Die Wahnsymptome, sowie Sinnestäuschungen und Ich-Störungen sind bei den Patienten mit Neurosen (ohne neurotische Depression) kaum vertreten. Störungen der Affektivität sind dagegen, wie bei allen Diagnosegruppen, sehr häufig. Eine typische Verteilung ist nicht erkennbar. Die meisten Patienten sind deprimiert (66,0 %). Ängstlich sind 57,3 %, innerlich unruhig 45,6 %, klagsam und jammerig 42,7 %, Insuffizienzgefühle haben 41,8 %, die Vitalgefühle sind bei 35,9 % gestört, 35,0 % sind hoffnungslos, 30,1 % ratlos, 22,3 % dysphorisch, 16,5 % gereizt und jeweils 10,7 % sind ambivalent und haben Schuldgefühle.

Das häufigste Symptom der Antriebs- und psychomotorischen Störungen ist die Antriebsarmut (31,1 %), gefolgt von der Antriebshemmung mit 19,4 % und Antriebssteigerung mit 14,6 %. Motorisch unruhig sind 13,6 % und theatralisch 11,7 %. Alle anderen Störungen aus diesem Symptomkomplex sind bei weniger als 10 % der Patienten vorhanden. Circadiane Besonderheiten sind ebenfalls selten. Das Befinden ist bei 8,7 % der Patienten morgens schlechter und bei 2,9 % abends schlechter.

Von den Symptomen aus dem AMDP-Komplex "andere Störungen" kommt der soziale Rückzug mit 33 % am häufigsten vor. Die Suizidalität tritt bei 25,2 %, Pflegebedürftigkeit bei 20,4 %, Mangel an Krankheitseinsicht bei 18,5 % und Aggressivität und Mangel an Krankheitsgefühl bei jeweils 10,7 % auf.

3.2.2. Beschreibung der neurotischen Depression

Im Untersuchungszeitraum 1980 wurde die Diagnose neurotische Depression bei 139 von 1601 Patienten gestellt, das sind 8,7 % aller Patienten. Davon sind 67 Patienten männlich (9 % aller Männer) und 72 weiblich (8,4 % aller Frauen).

3.2.2.1. Altersverteilung

Bei der Altersverteilung der Patienten mit neurotischer Depression stehen die 36-45-jährigen Patienten mit 36,0 % Häufigkeit an erster Stelle, gefolgt von den ebenfalls starken Altersklassen der 16-25-jährigen mit 27,3 % und den 26-35-jährigen mit 16,6 %. Dem breiten Häufigkeitsgipfel zwischen 16 und 45 Jahren folgt eine konstant starke Abnahme zwischen 46 und 75 Jahren. Zusammen haben die 16-45-jährigen einen Anteil von 79,9 % gegenüber 20,1 % der 46-75-jährigen. Durch diese Altersverteilung ergibt sich ein relativ hohes Durchschnittsalter von 36 Jahren.

Die Aufteilung nach Geschlechtern ergibt eine Dominanz der Männer in den jüngeren Altersgruppen, die Frauen dagegen überwiegen in den Altersgruppen ab 46 Jahren. Während von den männlichen Patienten nur 9,0 % älter als 46 Jahre sind, fallen immerhin 30,6 % der Frauen auf diese Altersgruppen. Der Häufigkeitsgipfel beider Geschlechter liegt allerdings mit 43,3 % bei den Männern und 29,2 % bei den Frauen in der gleichen Gruppe der 36-45-jährigen. Das Durchschnittsalter errechnet sich bei den Männern auf 33 Jahre, bei den Frauen auf 38 Jahre.

3.2.2.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

Die Verteilungskurve der Aufenthaltsdauer der Patienten mit neurotischer Depression zeigt den Häufigkeitsgipfel mit 18,7 % bereits zwischen 11 und 20 Tagen. Dicht darunter liegen die

Patienten mit einer Aufenthaltsdauer von 21-30 Tagen (18,0 %) und 31-40 Tagen (16,6 %). Die Verteilungskurve fällt dann steil auf etwa die halbe Häufigkeit ab. Bis zu 80 Tagen Klinikaufenthalt verläuft die Kurve aber nahezu konstant bei ca. 5 % und nimmt bei noch längerer Aufenthaltsdauer nur zögernd ab. Über die Hälfte der Patienten (51,8 %) verließen die Klinik im ersten Monat, 31 % im zweiten Monat, 11,5 % im dritten Monat, und nur 5,3 % waren länger als drei Monate aufgenommen. Die mittlere Aufenthaltsdauer in der psychiatrischen Universitätsklinik beträgt 36 Tage, die längste 210 Tage.

Bei der Aufteilung nach dem Geschlecht ergeben sich keine deutlichen Differenzen. 52,9 % der Frauen und 50,7 % der Männer haben eine Aufenthaltsdauer von weniger als einem Monat und 32,0 % der Frauen und 29,9 % der Männer wurden zwischen ein und zwei Monaten aufgenommen. Es besteht also nur eine Differenz von ca. 2 %.

3.2.2.3. Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

71,9 % der Patienten mit neurotischer Depression wurden zum erstenmal in eine psychiatrische Klinik aufgenommen und nur 20,9 % waren Wiederaufnahmen, von denen 12,2 % zum zweiten, 5,8 % zum dritten, 2,2 % zum vierten und ein Patient zum neunten Mal aufgenommen wurde. Bei 7,2 % der Patienten fehlen die Angaben über die Anzahl ihrer Klinikaufenthalte. Die Patienten mit neurotischer Depression hatten im Mittel 1,4 stationäre Klinikaufenthalte. Bei Männern und Frauen besteht kein Unterschied.

3.2.2.4. Psychosoziale Beeinträchtigung (PSB)

Bei der Aufnahme sind die meisten Patienten (37,4 %) in der PSB-Bewertungsstufe 51-60. Dicht darunter mit 35,3 % liegt die Bewertungsstufe 41-50. Insgesamt entfallen auf die Werte 31-60 83,4 %, auf die Werte über 60 16,6 % und auf die Werte unter 30 keine Patienten. Im Durchschnitt wurden die Patienten mit 51 PSB-Punkten eingestuft.

Bei der Entlassung wurden die meisten Patienten (32,4 %) dem PSB-Intervall 71-80 zugeordnet. In die benachbarten PSB-Stufen 61-70 und 81-90 wurden 24,5 % bzw. 22,3 % eingeteilt. Insgesamt sind 83,5 % der Patienten über 60 und nur 16,5 % unter 60 (PSB-Stufen 31-60) eingestuft. Der Mittelwert der Entlassungs-PSB ist 72.

Bei der Unterscheidung der Patienten nach dem Geschlecht ergeben sich sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung für die weiblichen Patienten schwerere Krankheitsbilder, d.h. niedrigere PSB-Bewertungen. Der mittlere Aufnahmewert der Frauen ist 50, jener der Männer 53; der mittlere Entlassungswert ist 70 bzw. 74.

3.2.2.5. Psychischer Aufnahmebefund

Bei den Patienten mit neurotischer Depression kommen Bewußtseinsstörungen sehr selten vor. Eine Bewußtseinseingengung z.B. tritt bei 2,2 % auf, die anderen Störungen dieses Symptomkomplexes sind noch seltener. Orientierungsstörungen äußern sich ebenfalls sehr selten. Mit 2,2 % ist die zeitliche Orientierungsstörung die häufigste Form. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen äußern sich bei den Patienten mit neurotischer Depression bis auf Konzentrationsstörungen (36,0 %) und Merkfähigkeitsstörungen (14,4 %) ebenfalls selten.

An formalen Denkstörungen sind nur Grübeln (20,9 %), einge-

engtes (19,4 %), verlangsamtes (14,4 %) und umständliches Denken (13,0 %) zu nennen.

Von den Befürchtungen und Zwängen äußert sich das Mißtrauen nur bei 15,1 % der Patienten, die nicht wahnhaft Hypochondrie bei 14,4 %, Zwangshandlungen bei 4,3 %, Phobien und Zwangsdenken bei 3,6 % und Zwangsimpulse bei nur 0,7 %.

Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen manifestieren sich bei den Patienten mit neurotischer Depression sehr selten. Wenn überhaupt Symptome aus diesen Gruppen auftreten, so ist ihr prozentualer Anteil so gering, daß sie vernachlässigt werden können.

Störungen der Affektivität sind als typisches Kennzeichen der neurotischen Depression wesentlich häufiger als beim Durchschnitt aller Patienten. 85,6 % der Patienten mit neurotischer Depression sind deprimiert, 57,6 % ängstlich, 52,5 % innerlich unruhig, 48,9 % sind hoffnungslos und haben Insuffizienzgefühle, 36,7 % sind ratlos, bei 36,0 % sind die Vitalgefühle gestört, 29,5 % sind klagsam und jammerig, 25,2 % sind dysphorisch und haben Schuldgefühle, 18,7 % sind gereizt und 18,0 % affektlabil, 15,1 % sind ambivalent und 13,7 % sind affektarm.

Von den Antriebs- und psychomotorischen Störungen fällt besonders die Antriebsarmut auf. Bei 38,1 % der Patienten, und somit bei mehr als bei allen anderen Diagnosegruppen, tritt dieses Symptom auf. Desweiteren finden sich noch motorische Unruheigkeit bei 21,6 % der Patienten, Antriebshemmung bei 15,1 % und Antriebssteigerung bei 10,1 %.

Circadiane Besonderheiten sind selten. 10,1 % der Patienten fühlen sich morgens schlechter.

Suizidalität (34,5 %) und sozialer Rückzug (31,7 %) sind bei den Patienten mit neurotischer Depression aus der Rubrik "andere psychische Störungen" die häufigsten Symptome. Es

folgen Aggressivität (25,9 %) und soziale_Umtriebigkeit (7,9 %). Andere Symptome aus dieser Gruppe sind nicht vertreten.

3.2.3. Beschreibung der Persönlichkeitsstörungen

Im Untersuchungszeitraum 1980 wurde die Diagnose Persönlichkeitsstörung bei 101 von 1601 Patienten gestellt. Damit beträgt der Anteil der Persönlichkeitsstörungen an der Klinikpopulation 6,3 %. 71 Patienten sind Männer, das sind 9,5 % aller Männer, 30 Patienten sind Frauen, das sind 3,5 % aller Frauen.

3.2.3.1. Altersverteilung

Die Alterskurve der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ist gekennzeichnet durch ein deutliches Maximum mit 46,1 % der Patienten, das sich über die Altersgruppe der 16 - 25-jährigen erstreckt. Gefolgt wird diese Altersgruppe von den 26-35-jährigen (22,6 %) und den 36-45-jährigen (15,7 %). Zusammen haben die 16-45-jährigen einen Anteil von 84,4 %, gegenüber 14,7 % der 46-75-jährigen. Die Altersgruppe 76-85 Jahre ist nicht vertreten und die 86-95-jährigen sind mit nur einem Patienten vertreten. Durch diese Altersverteilung ergibt sich ein relativ junges Durchschnittsalter von 31 Jahren.

Die Aufteilung nach Geschlechtern ergibt eine Dominanz der Männer in den jüngeren Gruppen, die Frauen überwiegen ab 36 Jahren. Ab 56 Jahren sind die Männer nicht mehr vertreten. Der Häufigkeitsgipfel beider Geschlechter liegt allerdings mit 54,2 % bei den Männern und 26,7 % bei den Frauen in der gleichen Gruppe der 16-25-jährigen. Das Durchschnittsalter errechnet sich bei den Männern auf 28, bei den Frauen auf 40 Jahre.

3.2.3.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

Die meisten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (22,6 %) haben eine Aufenthaltsdauer zwischen 11 und 20 Tagen. Dicht darunter liegen die Patienten mit einer Aufenthaltsdauer von 21-30 Tagen (20,6 %). Nach einem steilen Abfall auf 9,8 % bei 31-40 Tagen Aufenthalt folgt eine langsam abnehmende Häufigkeit zwischen 41 und 90 Tagen. Insgesamt befanden sich 58,9 % der Patienten bis zu einem Monat, 23,5 % zwischen einem und zwei Monaten, 12,8 % zwischen zwei und drei Monaten und nur 4,9 % mehr als drei Monate in der Klinik. Der Mittelwert der Aufenthaltsdauer liegt bei 34 Tagen. 150 Tage ist die längste Aufenthaltsdauer.

Bei der Geschlechtsdifferenzierung entsteht folgende Verteilung: 63,9 % der männlichen Patienten, aber nur 46,7 % der weiblichen Patienten haben einen Aufenthalt bis zu einem Monat. Bei längerem Aufenthalt (ab 51 Tagen) dominieren die Frauen. Ihre durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 43 Tage, jene der Männer 30 Tage.

3.2.3.3. Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

Bei 74,5 % der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen war der Aufenthalt in der Psychiatrischen Universitätsklinik während des Untersuchungszeitraumes der erste. 22,7 % der Patienten wurden schon öfters in einer psychiatrischen Klinik stationär behandelt. Bei 11,8 % von ihnen war es der zweite, bei 3,9 % der dritte und bei 2,0 % der vierte und der fünfte Aufenthalt. 3,0 % der Patienten haben mehr als fünf Aufenthalte. Bei 2,8 % der Patienten fehlen die Angaben über die Anzahl ihrer Klinikaufenthalte. Die mittlere Anzahl beträgt 1,6.

Die weiblichen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen haben geringfügig mehr Aufnahmen zu verzeichnen als die männlichen.

Die mittlere Anzahl der Aufnahmen ist bei den Frauen 2,0 bei den Männern 1,4.

3.2.3.4. Psychosoziale Beeinträchtigung (PSB)

Die Verteilungskurve der PSB-Bewertung bei der Aufnahme zeigt einen breiten Häufigkeitsgipfel zwischen 41 und 70 Punkten: 33,3 % der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen wurden bei der Aufnahme in der PSB-Bewertung 51-60, 27,5 % in 41-50 und 20,6 % in 61-70 eingestuft. Zusammen wurden in die PSB-Werte zwischen 31 und 60 68,6 % der Patienten, unter 30 Punkten nur 1,0 % und über 60 29,4 % eingestuft. Die mittlere PSB-Bewertung bei der Aufnahme liegt bei 55.

Bei der Entlassung wurden die meisten Patienten (33,3 %) dem PSB-Intervall 61-70 zugeordnet. Es folgen mit 30,4 % die Patienten mit dem PSB-Intervall 71-80. Insgesamt sind 82,4 % der Patienten über 60 und 16,2 % unter 60 eingestuft. Der Mittelwert der Entlassungs-PSB ist 70.

Zwischen Männern und Frauen besteht kein deutlicher Unterschied. Sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung haben die Frauen im Mittel einen geringfügig schlechteren PSB-Wert.

3.2.3.5. Psychischer Aufnahmebefund

Bewußtseinsstörungen äußern sich bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, wie bei allen in dieser Arbeit untersuchten Diagnosegruppen, sehr selten. Die Bewußtseinseingengung ist mit 4,9 %-Anteil die häufigste Form der Bewußtseinsstörung. Orientierungsstörungen sind ebenfalls sehr selten. Mit 3,9 % ist die örtliche Orientierungsstörung die häufigste Form.

Von den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen stehen die Konzentrationsstörungen mit 39,2 % an erster Stelle. Es folgen die Merkfähigkeitsstörungen (18,6 %), Gedächtnisstörungen

(16,7 %) und die Auffassungsstörungen (15,7 %).

Als häufigste formale Denkstörung tritt bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen das umständliche Denken auf (21,6 %), gefolgt von den Symptomen verlangsamtes Denken (20,6 %), eingegengtes Denken (17,7 %) und Grübeln (12,8 %). Alle anderen Störungen aus diesem Symptomkomplex sind bei weniger als 10 % der Patienten vorhanden.

Befürchtungen und Zwänge manifestieren sich bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen bis auf das Mißtrauen (23,5 %) und die nicht wahnhaftige Hypochondrie (20,6 %) selten.

Wahnsymptome sowie Sinnestäuschungen und Ich-Störungen sind bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen kaum vertreten.

Von den Störungen der Affektivität sind bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen bestimmte Symptome gegenüber den anderen Diagnosegruppen stark überrepräsentiert. Dazu gehören die Depression (61,8 %), die Dysphorie (36,3 %), die Hoffnungslosigkeit (33,3 %), das klagsame und jammerige Verhalten (30,4 %), die Insuffizienzgefühle (28,4 %), die gereizte Stimmung (25,5 %), die Affektarmut (22,6 %) und die Affektlabilität (17,7 %). Die anderen Störungen der Affektivität, wie innerlich unruhig, 38,2 %), ängstlich und Störung der Vitalgefühle (29,4 %) und Ratlosigkeit (25,5 %), liegen unter dem durchschnittlichen Vorkommen dieser Symptome.

Das häufigste Symptom der Antriebs- und psychomotorischen Störungen ist, wie bei den übrigen Neurosen, die Antriebsarmut (31,4 %), gefolgt von der motorischen Unruhe (19,6 %) und der Antriebssteigerung (11,8 %). Circadiane Besonderheiten sind bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen selten. Das Befinden ist bei 6,9 % der Patienten morgens schlechter und bei 5,9 % abends schlechter. Von den anderen Störungen sind die Suizidalität (29,4 %), die Aggressivität (22,6 %) und die soziale Umtriebigkeit (11,8 %) zu nennen.

3.2.4. Beschreibung der körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs

Im Untersuchungszeitraum 1980 wurde die Diagnose körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs bei 17 von 1601 Patienten gestellt, das sind 1,1 % aller Patienten. Davon sind acht männlich (1,1 % aller Männer) und neun weiblich (1,1 % aller Frauen).

3.2.4.1. Altersverteilung

Der Häufigkeitsgipfel der Altersverteilung der Patienten mit körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs fällt in die Gruppe der 16-25-jährigen mit 58,8 % der Patienten. Gefolgt wird diese Altersgruppe von den 36-45-jährigen (17,7 %). Die Altersgruppen 0-15, 26-35, 46-55 und 56-65 Jahre sind mit nur jeweils einem Patienten vertreten. Noch ältere Patienten gibt es nicht. Das Durchschnittsalter beträgt 28 Jahre.

Eine Differenzierung der Altersverteilung nach dem Geschlecht ergibt keine deutlichen Unterschiede. Der Häufigkeitsgipfel beider Geschlechter liegt mit 62,5 % bei den Männern und 55,5 % bei den Frauen in der gleichen Gruppe der 16-25-jährigen. Der Patient in der Altersgruppe der 46-55 bzw. 56-65-jährigen ist allerdings jeweils eine Frau. Das Durchschnittsalter errechnet sich deshalb bei den Männern auf 26, bei den Frauen auf 29 Jahre.

3.2.4.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

Die Verteilungskurve der Aufenthaltsdauer der Patienten mit körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs zeigt mit jeweils 29,4 % der Patienten zwei Häufigkeitsgipfel. Der eine liegt zwischen 0 und 10 Tagen, der andere zwischen 21 und 30 Tagen. Insgesamt befanden sich 76,5 % der Patienten bis

zu einem Monat, 17,7 % zwischen einem und zwei Monaten und 5,9 % zwischen drei und vier Monaten in der Klinik. Der Mittelwert der Aufenthaltsdauer liegt bei nur 25 Tagen. Die längste Aufenthaltsdauer ist 120 Tage.

Eine Differenzierung der Geschlechter ergibt eine Dominanz der Männer bei längerer Aufenthaltsdauer. Die Maxima der Aufenthaltsdauerverteilungskurven liegen bei den Frauen mit 55,5 % zwischen 0 und 10 Tagen, bei den Männern mit 50,0 % zwischen 21 und 30 Tagen. Im Mittel sind die Männer 28, die Frauen 23 Tage hospitalisiert.

3.2.4.3. Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

94,1 % der Patienten mit körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs wurden zum erstenmal in eine psychiatrische Klinik aufgenommen und nur ein Patient zum drittenmal. Die mittlere Anzahl aller Aufenthalte beträgt 1,1.

Da der Patient mit dem dritten Aufenthalt in einer Klinik eine Frau ist, ergibt sich für die weiblichen Patienten eine geringfügig höhere mittlere Anzahl aller Aufenthalte. Sie beträgt 1,2 bei den Frauen gegenüber 1,0 bei den Männern, von denen 100 % zum erstenmal aufgenommen wurden.

3.2.4.4. Psychosoziale Beeinträchtigung (PSB)

Der Häufigkeitsgipfel der Verteilungskurve der PSB bei der Aufnahme ist mit 47,1 % in der Bewertungsstufe 61-70. Mit einer PSB-Punktzahl über 60 wurden insgesamt 58,9 % bewertet, zwischen 31 und 60 wurden 29,4 % und zwischen 10 und 30 nur noch 11,8 % eingeteilt. Der mittlere Aufnahme-Wert beträgt 58.

Die meisten Patienten (58,8 %) wurden bei der Entlassung ebenfalls mit 61-70 bewertet. Insgesamt sind 88,3 % der Patienten über 60 (11,8 % sind sogar über 90) und nur 11,8 % unter 60 eingestuft. Der Mittelwert der Entlassungs-PSB ist 67.

Bei der Unterscheidung der Patienten nach dem Geschlecht ergeben sich sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung für die weiblichen Patienten schwerere Krankheitsbilder, d.h. niedrigere PSB-Bewertungen. Der mittlere Aufnahmewert der Frauen ist 47, jener der Männer 70, der mittlere Entlassungswert ist 65 bzw. 70. Auffallend ist, daß die Männer sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung in die gleichen PSB-Bewertungsstufen eingeteilt wurden.

3.2.4.5. Psychischer Aufnahmebefund

Bewußtseinsstörungen kommen bei den Patienten mit körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs sehr selten vor. Die häufigste und einzige Form der Störung ist die Verminderung des Bewußtseins (3,2 %). Orientierungsstörungen sind ebenfalls sehr selten. Zeitliche und örtliche Desorientierung tritt bei 3,2 % der Patienten auf. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind bis auf Konzentrationsstörungen (16,8 %) ebenfalls selten. Von den formalen Denkstörungen kommt das eingeeengte Denken bei 10,9 % der Patienten vor. Alle anderen Störungen dieses Symptomkomplexes liegen unter 10 %. Befürchtungen und Zwänge äußern sich bei den Patienten mit körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs bis auf die nicht wahnhafte Hypochondrie (18,2 %) ebenfalls sehr selten. Wahnsymptome und Ich-Störungen sind kaum vertreten, Sinnestäuschungen kommen überhaupt nicht vor.

Störungen der Affektivität kommen bei den Patienten mit körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs gegenüber anderen Diagnosegruppen relativ selten vor. Eine typische Verteilung ist nicht erkennbar. Die meisten Patienten sind depri-

miert (33,7 %). Hoffnungslos sind 27,3 %, ängstlich 21,4 %, dysphorisch und innerlich unruhig 16,8 % und gereizt 13,6 %. Die Vitalgefühle sind bei 18,2 % der Patienten gestört. Alle anderen Störungen dieses Symptomkomplexes kommen bei weniger als 10 % oder überhaupt nicht vor.

Antriebs- und psychomotorische Störungen sind selten. Am häufigsten kommt die Antriebsarmut mit 15,5 % vor. Circadiane Besonderheiten im Befinden der Patienten gibt es keine.

Mangel an Krankheitsgefühl und Mangel an Krankheitseinsicht (18,2 %) sind bei den Patienten mit körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs aus der Rubrik "andere psychische Störungen" die häufigsten Symptome. Es folgen sozialer Rückzug (16,8 %), Ablehnung der Behandlung und Pflegebedürftigkeit (13,6 %).

3.2.5. Beschreibung der psychogenen Reaktionen

Im Untersuchungszeitraum 1980 wurde bei 71 von 1601 Patienten die Diagnose einer psychogenen Reaktion gestellt, das sind 4,4 % aller Patienten. Davon sind 50 Männer (6,7 % aller Männer) und 21 Frauen (2,5 % aller Frauen).

3.2.5.1. Altersverteilung

Die Alterskurve der Patienten mit psychogenen Reaktionen ist gekennzeichnet durch ein deutliches Maximum, das sich über die Altersgruppe der 16-25-jährigen mit 47,9 % erstreckt. Die 26-35-jährigen folgen mit 22,5 %. Zusammen haben die 16-45-jährigen einen Anteil von 83,1 %, gegenüber 14,1 % der 46-65-jährigen. Jünger als 15 Jahre bzw. älter als 86 Jahre ist jeweils ein Patient. Das Durchschnittsalter liegt bei 31 Jahren.

Die Aufteilung nach Geschlechtern ergibt eine Dominanz der Männer in den jüngeren Gruppen, die Frauen überwiegen ab 56 Jahren. Der Häufigkeitsgipfel beider Geschlechter liegt allerdings mit 54 % bei den Männern und 33,3 % bei den Frauen in der gleichen Gruppe der 16-25-jährigen. Die weiblichen Altersgruppen von 46-65 Jahren ergeben aber zusammen immerhin noch 28,6 %, die männlichen dagegen nur 10,0 %. Das Durchschnittsalter errechnet sich bei den Männern auf 29, bei den Frauen auf 35 Jahre.

3.2.5.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

Die Verteilungskurve der Aufenthaltsdauer der Patienten mit psychogenen Reaktionen ist gekennzeichnet durch ein breites Maximum, das sich über eine Aufenthaltsdauer von 0 bis 30 Tagen erstreckt. Zwischen 0 und 10 Tagen Aufenthalt hatten 25,4 % der Patienten, zwischen 11 und 20 bzw. 21 und 30 Tagen

jeweils 26,8 %. 79 % der Patienten verließen die Klinik im ersten Monat, 15,4 % im zweiten Monat, 1,4 % im dritten Monat und 4,2 % waren länger als drei Monate aufgenommen. Die mittlere Aufenthaltsdauer in der Psychiatrischen Klinik der Universität München beträgt 26 Tage, die längste 240 Tage.

Zwischen Männern und Frauen besteht in den ersten drei Monaten des Aufenthaltes kein nennenswerter Unterschied. Länger als drei Monate waren aber nur Männer hospitalisiert. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Frauen beträgt 21 Tage, jene der Männer 28 Tage.

3.2.5.3. Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

93,0 % der Patienten mit psychogenen Reaktionen wurden zum erstenmal und nur 7,0 % bereits wiederholt in eine psychiatrische Klinik aufgenommen. Von den Wiederaufnahmen handelt es sich bei 5,6 % um den zweiten und bei 1,4 % um den dritten Aufenthalt. Mehr als drei Aufenthalte hat kein Patient mit psychogenen Reaktionen zu verzeichnen. Die mittlere Anzahl aller Aufenthalte beträgt 1,1.

Zwischen Männern und Frauen besteht in der Anzahl ihrer Klinikaufenthalte kein nennenswerter Unterschied. Bei dem Patienten mit dem dritten Aufenthalt handelt es sich um einen Mann. Die mittlere Anzahl der Aufnahmen ist bei den Männern 1,1, bei den Frauen 1,0.

3.2.5.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

Bei der Aufnahme sind die meisten Patienten (35,2 %) in der PSB-Bewertungsstufe 41-50. Insgesamt entfallen auf die Werte 31-60 69 % der Patienten und auf die Werte über 60 31 %. In die Bewertungsstufe unter 30 sind keine Patienten mit psy-

chogenen Reaktionen eingestuft. Die mittlere Bewertung ist 54 Punkte.

Bei der Entlassung wurden die meisten Patienten (42,3 %) dem PSB-Intervall 71-80 zugeordnet. Insgesamt sind 89,3 % der Patienten über 60 (7,3 % sogar über 90) und nur 10,7 % unter 60 eingestuft. Der mittlere PSB-Entlassungswert fällt auf 75.

Zwischen Männern und Frauen besteht kein wesentlicher Unterschied. Im Mittel haben bei der Aufnahme die Frauen und bei der Entlassung die Männer einen geringfügig schlechteren PSB-Wert.

3.2.5.5. Psychischer Aufnahmebefund

Bewußtseinsstörungen äußern sich bei den Patienten mit psychogenen Reaktionen sehr selten. Die Bewußtseinseingengung ist mit 1,5 %-Anteil die häufigste Form der Bewußtseinsstörung. Orientierungsstörungen kommen ebenfalls selten vor. Mit 6,0 % ist die zeitliche Desorientierung die häufigste Form. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen äußern sich bei den psychogenen Reaktionen bis auf Konzentrationsstörungen (34,7 %), Gedächtnisstörungen (15,0) und Merkfähigkeitsstörungen (13,5 %) ebenfalls selten.

Als häufigste formale Denkstörung tritt bei den Patienten mit psychogenen Reaktionen das verlangsamte Denken auf (22,6 %). Es folgen Grübeln mit 18,1 %, eingeengtes Denken mit 16,4 %, umständliches Denken mit 15,2 % und gehemmtes Denken mit 10,6 %.

Befürchtungen und Zwänge manifestieren sich bei den Patienten mit psychogenen Reaktionen bis auf ein Mißtrauen (20,1 %) selten. Wahnsymptome sowie Sinnestäuschungen und Ich-Störungen sind bei den Patienten mit psychogenen Reaktionen kaum vertreten.

Von den affektiven Störungen liegt die depressive Stimmung mit 72,5 % über dem Durchschnitt aller Diagnosegruppen. Alle anderen Störungen der Affektivität liegen deutlich darunter. 37,8 % der Patienten sind innerlich unruhig, 36,3 % ängstlich, 28,6 % ratlos, 25,8 % hoffnungslos und jeweils 21,2 % haben gestörte Vitalgefühle bzw. Insuffizienzgefühle.

Das häufigste Symptom der Antriebs- und psychomotorischen Störungen ist die Antriebsarmut mit 25,2 %, gefolgt von der motorischen Unruhe mit 22,7 %, der Antriebshemmung mit 16,4 % und der Antriebssteigerung mit 10,6 %. Alle anderen Störungen dieses Symptomkomplexes sind bei weniger als 10 % der Patienten vorhanden.

Circadiane Besonderheiten sind bei den Patienten mit psychogenen Reaktionen selten. Das Befinden ist bei 3,0 % der Patienten morgens schlechter und bei 1,5 % abends besser.

Aus der Rubrik "andere Störungen" sind der soziale Rückzug bei 28,7 % der Patienten, die Suicidalität bei 27,0 % und die Pflegebedürftigkeit bei 16,7 % zu nennen.

3.2.6. Beschreibung der Suchtkrankheiten

Im Untersuchungszeitraum 1980 wurde die Diagnose Suchtkrankheiten bei 121 von 1601 Patienten gestellt. Damit beträgt der Anteil der Suchtkrankheiten an der Klinikpopulation 7,6 %. 85 Patienten sind Männer, das sind 11,4 % aller Männer, 36 Patienten sind Frauen, das sind 4,2 % aller Frauen.

3.2.6.1. Altersverteilung

Die Alterskurve der Patienten mit Suchtkrankheiten ist gekennzeichnet durch ein plateauartiges Maximum, das sich über die zwei Altersgruppen der 26-35- und 36-45-jährigen mit 31,2 % bzw. 30,3 % der Patienten erstreckt. Die 16-25-jährigen folgen mit 18,9 % und ergeben mit den beiden Maxima zusammen 80,4 %. Die Verteilungskurve zeigt dann eine starke Abnahme der Häufigkeit und einen flachen Verlauf über die drei Altersgruppen zwischen 46 und 75 Jahren mit 13,1 %, 5,7 % und 0,8 %. 19,6 % der Patienten mit Suchtkrankheiten sind folglich älter als 45 Jahre, womit sich ein Durchschnittsalter von 36 Jahren ergibt.

Bei der Aufteilung nach dem Geschlecht ergeben sich deutliche Differenzen. Die meisten Männer (37,2 %) sind 26-35 Jahre alt, die meisten Frauen (41,7 %) dagegen sind in der Gruppe der 36-45-jährigen. Die Männer überwiegen um durchschnittlich 15 % gegenüber den Frauen in den Altersgruppen 16-35 Jahren, die Frauen überwiegen um durchschnittlich 10 % in den älteren Altersgruppen von 36-65 Jahren. Dies führt zu einem mittleren Alter bei den Männern von 34, bei den Frauen dagegen von 41 Jahren.

3.2.6.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

Die Verteilungskurve der Aufenthaltsdauer in der Klinik zeigt ein plateauartiges Maximum von 0 bis 30 Tagen und anschließend

ein steile Verringerung der Häufigkeit von 30 bis 50 Tagen, um schließlich flach auszulaufen. 23,8 % der Patienten wurden bereits in den ersten zehn Tagen des Aufenthalts wieder entlassen, 25,4 % waren 11-20 Tage in der Klinik und im Zeitintervall 21-30 Tage wurden nochmals 20,5 % der Patienten entlassen. Zusammen verließen 69,7 % innerhalb des ersten Monats die Klinik. 24,6 % waren ein bis zwei Monate und nur 5,7 % zwischen zwei und drei Monate in der Klinik aufgenommen. Im Mittel waren die Patienten mit Suchtkrankheiten 24 Tage in der Klinik. Die längste Aufenthaltsdauer ist 90 Tage.

Zwischen Männern und Frauen besteht kein nennenswerter Unterschied. Die mittlere Aufenthaltsdauer unterscheidet sich nur um zwei Tage. (Männer 24 Tage, Frauen 26 Tage).

3.2.6.3. Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

70,5 % der Patienten mit Suchtkrankheiten wurden zum erstenmal, 25,4 % wiederholt in eine psychiatrische Klinik aufgenommen. Von den Wiederaufnahmen handelt es sich bei 15,6 % um den zweiten, bei 4,9 % um den dritten bei 2,5 % um den vierten und bei einem Patienten jeweils um den fünften, sechsten und siebten Aufenthalt. Bei 4,1 % der Patienten fehlen die Angaben über die Anzahl ihrer Klinikaufenthalte. Die Patienten mit Suchtkrankheiten hatten im Mittel 1,5 stationäre Klinikaufenthalte. Bei Männern und Frauen besteht kein wesentlicher Unterschied.

3.2.6.4. Psychosoziale Beeinträchtigung (PSB)

Der Häufigkeitsgipfel der Verteilungskurve der PSB bei der Aufnahme ist mit 33,6 % der Patienten mit Suchtkrankheiten in der Bewertungsstufe 41-50. Zwischen 31 und 60 wurden insgesamt 68,9 %, zwischen 61 und 90 25,4 % und zwischen 10 und 30

nur noch 4,9 % eingeteilt. Höhere und niedrigere Stufen gibt es nicht. Der mittlere Aufnahme-Wert beträgt 53.

Das Maximum bei der Entlassung liegt mit 32,0 % der Patienten zwischen 61 und 70. Insgesamt wurden über 60 86,9 % und zwischen 40 und 60 11,4 % der Patienten eingeordnet. Unter 40 wurde kein Patient mit einer Suchtkrankheit eingestuft. Die Entlassung erfolgte im Mittel mit 72 PSB-Punkten.

Bei der Unterscheidung der Patienten nach dem Geschlecht ergeben sich sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung für die weiblichen Patienten schwerere Krankheitsbilder, d.h. niedrigere PSB-Bewertungen. Der mittlere Aufnahmewert der Frauen ist 49, jener der Männer 54; der mittlere Entlassungswert ist 71 bzw. 72.

3.2.6.5. Psychischer Aufnahmebefund

Bewußtseinsstörungen äußern sich bei den Patienten mit Suchtkrankheiten - wie bei allen beschriebenen Diagnosegruppen - sehr selten. Die Bewußtseinseinengung ist mit 4,9 %-Anteil die häufigste Form der Bewußtseinsstörung.

Orientierungsstörungen sind häufiger als bei allen anderen Diagnosegruppen. 9,8 % der Patienten haben situative, 7,4 % zeitliche, 5,7 % örtliche und 1,6 % Orientierungsstörungen über die eigene Person.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen kommen ebenfalls bei den Patienten mit Suchtkrankheiten häufiger als bei allen anderen Diagnosegruppen vor. 41,8 % der Patienten leiden unter Konzentrationsstörungen, 25,4 % unter Merkfähigkeitsstörungen, 18,0 % unter Auffassungsstörungen und 11,5 % unter Gedächtnisstörungen.

Als häufigste formale Denkstörung tritt bei den Patienten mit

Suchtkrankheiten das verlangsamte Denken auf (21,1 %), gefolgt von eingeengtem Denken (14,8 %) und umständlichem Denken (13,9 %). Alle anderen Störungen aus diesem Symptomkomplex sind bei weniger als zehn Prozent der Patienten vorhanden.

Befürchtungen und Zwänge treten bis auf das Mißtrauen, welches sich bei 10,7 % der Patienten äußert, nicht auf. Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen manifestieren sich bei den Patienten mit Suchtkrankheiten sehr selten. Wenn überhaupt Symptome aus diesen Gruppen auftreten, so ist ihr prozentualer Anteil so gering, daß sie vernachlässigt werden können.

Störungen der Affektivität sind bei den Patienten mit Suchtkrankheiten, wie bei allen Diagnosegruppen, häufig. Eine typische Verteilung ist nicht erkennbar. Die meisten Patienten sind deprimiert (53,3 %). Innerlich unruhig sind 42,6 %, ängstlich 34,4 %, Insuffizienzgefühle haben 28,7 %, 24,6 % sind dysphorisch, 23,0 % sind hoffnungslos und haben gestörte Vitalgefühle, 18,9 % sind ratlos, 14,8 % gereizt, 13,9 % haben Schuldgefühle und 11,5 % sind klagsam und jammerig.

Das häufigste Symptom der Antriebs- und psychomotorischen Störungen ist die motorische Unruhe mit 31,2 % gefolgt von der Antriebsarmut (22,1 %) und der Antriebssteigerung (13,9 %).

Circardiane Besonderheiten sind selten. Lediglich 6,6 % der Patienten fühlen sich morgens schlechter.

Sozialer Rückzug (27,0 %) und Mangel an Krankheitseinsicht (21,3 %) sind bei den Patienten mit Suchtkrankheiten aus der Rubrik "andere psychische Störungen" die häufigsten Symptome. Es folgen Pflegebedürftigkeit (18,9 %), Mangel an Krankheitsgefühl (15,6 %) und Aggressivität (13,1 %).

Teil 4

D i s k u s s i o n

1. Vergleichende Betrachtung der
untersuchten Diagnosegruppen an-
hand der demographischen und
klinischen Merkmale

2. Vergleich unserer Ergebnisse mit
Untersuchungen aus dem Jahre 1978
in der Psychiatrischen Klinik der
Universität München

4.1. Vergleichende Betrachtung der untersuchten Diagnosegruppen anhand der demographischen und klinischen Merkmale

Im Jahre 1980 wurden an der Psychiatrischen Klinik der Universität München 1601 Patienten behandelt. Im Ergebnisteil dieser Arbeit wurden von 554 Patienten die demographischen und klinischen Merkmale einschließlich der psychopathologischen Symptomatik der Diagnosegruppen Neurosen (ohne neurotische Depression), neurotische Depression, Persönlichkeitsstörungen, körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs, psychogene Reaktionen und Suchtkrankheiten dargestellt. Anhand einer vergleichenden Betrachtung dieser demographischen und klinischen Merkmale sollen im folgenden Diskussionsteil zum einen wesentliche Unterschiede der Diagnosegruppen und zum anderen die Bedeutung der psychopathologischen Symptomatik für die Differentialdiagnostik psychischer Krankheiten herausgestellt werden.

4.1.1. Durchschnittsalter

Von allen in dieser Arbeit untersuchten Diagnosegruppen haben die Patienten mit neurotischer Depression und Suchtkrankheiten mit 36 Jahren das höchste Durchschnittsalter. Mit 31 Jahren Durchschnittsalter folgen die Patienten der Diagnosegruppen Neurosen (ohne neurotische Depression), Persönlichkeitsstörungen und psychogene Reaktionen. Die Patienten mit körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs sind durchschnittlich 28 Jahre alt und sind damit im Vergleich der einzelnen Diagnosegruppen am jüngsten. Der mittlere Altersunterschied zwischen den Patienten mit neurotischer Depression bzw. Suchtkrankheiten und den Patienten mit körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs ist mit acht Jahren am größten. Von den Patienten mit neurotischer Depression bzw. Suchtkrankheiten sind z.B. noch ca. 20 % älter als 45 Jahre, von den Patienten mit körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs sind dagegen nur ca. 10 % älter als 45 Jahre.

4.1.2. Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik

Die längste durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Untersuchungszeitraum 1980 haben die Patienten der Diagnosegruppe Neurosen (ohne neurotische Depression). Sie verbleiben durchschnittlich 44 Tage in der Klinik. Die Patienten mit neurotischer Depression halten sich mit 36 Tagen durchschnittlicher Aufenthaltsdauer im Mittel um acht Tage weniger in der Klinik auf als die Patienten mit den übrigen Neurosen. Die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen folgen mit 34 Tagen durchschnittlicher Aufenthaltsdauer. Deutlich größer dagegen ist der Abstand zu den Patienten der übrigen Diagnosegruppen. Die Patienten mit psychogenen Reaktionen sind durchschnittlich 26 Tage, die Patienten mit körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs 25 Tage und die Patienten mit Suchtkrankheiten nur 24 Tage hospitalisiert.

4.1.3. Durchschnittliche Anzahl aller bisherigen Klinikaufenthalte

Die relativ meisten Wiederaufnahmen in eine psychiatrische Klinik hat die Diagnosegruppe Neurosen (ohne neurotische Depression) zu verzeichnen. Im Vergleich der in dieser Arbeit beschriebenen Diagnosegruppen rangiert sie mit einer Wiederaufnahmerate von 1,7 an erster Stelle. In Reihenfolge abnehmender Anzahl von Klinikaufenthalten folgen die Persönlichkeitsstörungen mit 1,6, die Suchtkrankheiten mit 1,5 und die neurotische Depression mit 1,4 durchschnittlichen Wiederaufnahmen. Es besteht also kein deutlicher Unterschied in der Wiederaufnahmerate zwischen den genannten vier Diagnosegruppen. Ein größerer Abstand besteht zu den zwei übrigen untersuchten Diagnosegruppen. Die Patienten der Diagnosegruppen körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs und psychogene Reaktionen wurden durchschnittlich nur jeweils 1,1 mal in eine psychiatrische Klinik aufgenommen. Ein Patient dieser Diagnosegruppe wird folglich fast nie ein zweitesmal stationär behandelt.

4.1.4. Durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung (PSB)

4.1.4.1. Durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung bei der Aufnahme

Die mit Abstand höchste PSB-Einstufung bei der Aufnahme erhielt die Diagnosegruppe körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs mit 58 PSB-Punkten. In Reihenfolge abnehmender durchschnittlicher PSB-Werte folgen dicht beieinander die Diagnosegruppen Persönlichkeitsstörungen mit 55 Punkten, psychogene Reaktionen mit 54 Punkten und die Neurosen (ohne neurotische Depression) und Suchtkrankheiten mit jeweils 53 Punkten. Das schwerste Krankheitsbild, d.h. die niedrigste PSB-Einstufung erhielt die Diagnose neurotische Depression mit durchschnittlich 51 Punkten.

Alle untersuchten Diagnosegruppen liegen aber mit ihrer mittleren Aufnahmebewertung in der gleichen PSB-Stufe 51-60, die durch die Definition "mäßig ausgeprägte Symptome sind vorhanden, es besteht eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit" gekennzeichnet ist.

4.1.4.2. Durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung bei der Entlassung

Bei der Entlassung nehmen die psychogenen Reaktionen mit 75 Punkten die Spitze ein, vor der neurotischen Depression und den Suchtkrankheiten mit jeweils 72 PSB-Punkten. Die drei genannten Diagnosegruppen liegen mit dieser durchschnittlichen Einschätzung ihrer psychosozialen Beeinträchtigung in der PSB-Stufe 71-80, welche durch "sehr leichte Symptome und nur eine geringe Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit" gekennzeichnet ist. Die Persönlichkeitsstörungen mit 70 Punkten, die Neurosen (ohne neurotische Depression) mit 69 und die körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs mit 67 PSB-Punkten wurden dagegen im Mittel eine Stufe tiefer

eingeordnet, in der "einige leichte Symptome vorhanden sind, oder es Schwierigkeiten in verschiedenen Leistungsbereichen gibt".

4.1.4.3. Differenz aus durchschnittlicher psychosozialer Beeinträchtigung bei der Entlassung und bei der Aufnahme

Die Differenz aus durchschnittlicher Entlassungs- und Aufnahme-PSB-Bewertung kann als klinischer Maßstab für den Besserungsgrad der Krankheitsbilder während der Behandlung aufgefaßt werden. Die neurotische Depression und die psychogenen Reaktionen stehen mit 21 Punkten Besserung an der Spitze vor den Suchtkrankheiten mit 20, den Neurosen (ohne neurotische Depression) mit 16 und den Persönlichkeitsstörungen mit 15 PSB-Punkten. Die körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs liegen mit neun Punkten Besserung an letzter Stelle. Auffallend ist hier, daß diese Diagnosegruppe zwar die beste Aufnahmebewertung erhielt, aber auch die schlechteste Entlassungsbewertung.

Durch den Vergleich der Aufnahme-PSB-Bewertung und der Entlassungs-PSB-Bewertung erhält man somit einen guten Indikator für die Schwere der einzelnen Krankheitsbilder und deren Besserung während des Klinikaufenthaltes bzw. deren Verlauf.

4.1.5. Psychopathologische Symptomatik

Die psychopathologische Symptomatik ist das auffallendste und zuerst erkennbare Merkmal einer jeden psychischen Krankheit. Neben der Ursache und dem Verlauf ist sie das wichtigste Kriterium für die Klassifikation psychischer Krankheiten. Die psychopathologische Symptomatik der in dieser Arbeit untersuchten Diagnosegruppen soll im folgenden anhand einer Gegenüberstellung der einzelnen Diagnosegruppen innerhalb der im

AMDP aufgeführten Symptomkomplexe "Bewußtseinsstörungen, Orientierungsstörungen, Formale Denkstörungen, Befürchtungen und Zwänge, Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen, Störungen der Affektivität, Antriebs- und psychomotorische Störungen, Circadiane Besonderheiten und Andere Störungen" verglichen werden.

Bewußtseinsstörungen

Bewußtseinsstörungen kommen bei den in dieser Arbeit untersuchten Diagnosegruppen selten vor. Die häufigste Form dieser Störungen ist mit 4,9 % die Bewußtseinseingengung und kommt bei den Suchtkrankheiten und den Persönlichkeitsstörungen vor. Bei den Suchtkrankheiten ist außerdem die Bewußtseinsverminderung mit 4,1 % vertreten. In allen anderen untersuchten Diagnosegruppen sind die Störungen des Bewußtseins sehr selten und kommen nur bei weniger als 4 % der Patienten vor.

Orientierungsstörungen

Mit 9,8 % situativer, 7,4 % zeitlicher, 5,7 % örtlicher und 1,6 % Orientierungsstörungen über die eigene Person liegen die Suchtkrankheiten in allen Unterformen der Orientierungsstörungen im Vergleich mit den anderen Diagnosegruppen an der Spitze. An zweiter Stelle stehen die psychogenen Reaktionen. In allen anderen untersuchten Diagnosegruppen sind die Orientierungsstörungen kaum vertreten und kommen nur bei weniger als 4 % der Patienten vor.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen kommen bei allen untersuchten Diagnosegruppen etwas häufiger vor. Von den verschiedenen Formen der Aufmerksamkeits- und Gedächtnis-

störungen ist bei allen untersuchten Diagnosegruppen die Konzentrationsstörung die häufigste. Sie kommt bei 16,8 bis 41,8 % der Patienten vor. An erster Stelle liegen bei diesem Symptomkomplex wieder die Suchtkrankheiten. Es folgen mit abnehmender Häufigkeit die Persönlichkeitsstörungen, die psychogenen Reaktionen, die neurotische Depression, die übrigen Neurosen und die körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs. Gedächtnisstörungen und Konfabulationen kommen bei den körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs überhaupt nicht vor. Paramnesien sind, außer bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen mit 2 %, bei keiner anderen untersuchten Diagnosegruppe vertreten.

Formale Denkstörungen

Formale Denkstörungen kommen bei den untersuchten Diagnosegruppen nicht häufig vor. Eingeengtes Denken (28,2 %) und Grübeln (24,3 %) treten am häufigsten bei den Neurosen (ohne neurotische Depression) auf. Umständliches Denken (21,6 %) ist am häufigsten bei den Persönlichkeitsstörungen und verlangsamtes Denken bei den psychogenen Reaktionen. Eine charakteristische Verteilung ist bei keiner der untersuchten Diagnosegruppen erkennbar. Bemerkenswert ist, daß Neologismen in keiner Gruppe vorkommen. Bei den körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs sind die formalen Denkstörungen am seltensten vertreten. So kommen in dieser Diagnosegruppe die Symptome Grübeln, Gedankendrängen, Ideenflüchtigkeit, Vorbeireden, Gedankenabreißen und Inkohärenz überhaupt nicht vor.

Befürchtungen und Zwänge

Bis auf das Mißtrauen, das bei den Persönlichkeitsstörungen mit 23,5 % der Patienten vorkommt, und der nicht wahnhaften Hypochondrie, die bei den Neurosen (ohne neurotische Depres-

sion) mit 24,3 % der Patienten am häufigsten vorkommt, sind die Symptome der Befürchtungen und Zwänge bei allen Diagnosegruppen selten. Zwangsdenken (13,6 %), Phobien (12,6 %) und Zwangshandlungen (7,8 %) sind bei den Neurosen (ohne neurotische Depression) am häufigsten. Die Suchtkrankheiten sind bis auf das Mißtrauen bei 10,7 % der Patienten bei allen anderen Symptomen dieses Symptomkomplexes mit weniger als 3 % vertreten. Bei den körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs kommt am häufigsten die nicht wahnhaftige Hypochondrie mit 18,2 % vor. Phobien und Zwangsdenken treten überhaupt nicht auf.

Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen

Wahnsymptome sowie Sinnestäuschungen und Ich-Störungen sind bei allen in dieser Arbeit untersuchten Diagnosegruppen im Vergleich zu den anderen Symptomen sehr selten. Mit 6,0 % kommen von den Ich-Störungen am häufigsten die Derealisation und Depersonalisation bei der Diagnosegruppe psychogene Reaktionen vor. Alle anderen Störungen dieser Symptomkomplexe sind bei weniger als 5 % der Patienten vorhanden.

Störungen der Affektivität

Die Störungen der Affektivität sind bei allen untersuchten Diagnosegruppen sehr häufige Symptome. Unter den sechs untersuchten Diagnosegruppen ist keine, die sich durch besonders viele oder besonders wenige affektive Symptome von den anderen unterscheiden würde. Trotzdem läßt sich eine gewisse spezifische Verteilung der Symptome feststellen. Bei der neurotischen Depression sind die Symptome deprimiert (85,6 %), ängstlich (57,6 %), innerlich unruhig (52,5 %), hoffnungslos (48,9 %), Insuffizienzgefühle (48,9 %), ratlos (36,7 %), Störung der Vitalgefühle (36,0 %), Schuldgefühle (25,2 %), affektlabil (18,0 %), ambivalent (15,1 %), und Gefühl der

Gefühllosigkeit (7,2 %) gegenüber den anderen Diagnosegruppen am häufigsten. Bei den Persönlichkeitsstörungen sind die Symptome dysphorisch (36,3 %), gereizt (25,2 %), affektarm (22,6 %), affektinkontinent (8,8 %), gestörte Selbstwertgefühle (5,9 %), Parathymie (5,9 %) und Verarmungsgefühle (2,0 %) gegenüber den anderen Diagnosegruppen am häufigsten. Bei den Neurosen (ohne neurotische Depression) kommt nur das Symptom klagsam/jammerig (42,7 %), bei den psychogenen Reaktionen das Symptom affektstarr (10,4 %) und bei den Suchtkrankheiten das Symptom euphorisch (5,7 %) relativ am häufigsten vor. Die körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs liegen prozentual an letzter Stelle. Die Symptome affektarm, euphorisch, Schuldgefühle, Verarmungsgefühle und affektinkontinent kommen bei den Patienten mit körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs überhaupt nicht vor. Das Symptom Verarmungsgefühle kommt nur bei den Persönlichkeitsstörungen und den Suchtkrankheiten vor.

Die Störungen der Affektivität sind die häufigsten Symptome aller untersuchten Diagnosegruppen. Die Zusammenfassung mehrerer häufiger affektiver Symptome zu einem spezifischen Verteilungsmuster, wie es oben versucht wurde, leistet aber aufgrund der Vielfalt der affektiven Störungen nur einen geringen Beitrag zur Abgrenzung einzelner Diagnosen.

Antriebs- und psychomotorische Störungen

Die Patienten der Diagnosegruppe neurotische Depression sind im Vergleich zu den anderen untersuchten Diagnosegruppen am häufigsten antriebsarm (38,1 %) und logorrhöisch (7,9 %). Alle anderen psychomotorischen Störungen sind bei ihnen durchschnittlich häufig vertreten. Motorische Unruhe (31,2 %) kommt am häufigsten bei den Suchtkrankheiten vor, bei denen ebenfalls alle anderen Symptome bis auf eine Ausnahme (manipuliert/bizarrr), die überhaupt nicht vorkommt, durchschnittlich oft auftreten. Bei den Neurosen (ohne neurotische Depression)

kommen am häufigsten die Symptome antriebsgehemmt (18,4 %), antriebsgesteigert (14,6 %) und theatralisch (11,7 %) vor. Die Symptome Parakinesen und maniert/bizarrr kommen bei den Neurosen (ohne neurotische Depression) überhaupt nicht vor. Die Patienten der Diagnosegruppe psychogene Reaktionen sind am häufigsten maniert/bizarrr (4,4 %) und mutistisch (4,3 %). Parakinesen treten überhaupt nicht auf. Alle nicht aufgeführten Antriebs- und psychomotorischen Störungen der Neurosen (ohne neurotische Depression) und psychogenen Reaktionen sind ebenfalls überdurchschnittlich häufig. Bei den Persönlichkeitsstörungen kommt im Vergleich zu den übrigen untersuchten Diagnosegruppen das Symptom Parakinesen (1,7 %) am häufigsten vor. Bei den körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs sind nur die Symptome antriebsarm (15,5 %) und motorisch unruhig (9,1 %) relativ häufig, während alle anderen Symptome aus diesem Bereich seltener sind.

Cicardiane Besonderheiten

Die meisten Patienten der untersuchten Diagnosegruppen fühlen sich morgens und abends schlechter. Eine Ausnahme bilden die Patienten mit psychogenen Reaktionen, die sich morgens schlechter und abends besser fühlen und die Patienten mit körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs, bei denen cicardiane Verlaufsbesonderheiten überhaupt nicht vorkommen. Bei den Neurosen (ohne neurotische Depression) und der neurotischen Depression fühlen sich morgens 8,7 % bzw. 10,1 % der Patienten und abends 2,9 bzw. 4,3 % schlechter. Ähnliche Verhältnisse ergeben sich bei den Persönlichkeitsstörungen und den Suchtkrankheiten: 6,9 % bzw. 6,6 % der Patienten fühlen sich morgens und 5,9 % bzw. 2,5 % abends schlechter.

Andere Störungen

Die Patienten mit Neurosen (ohne neurotische Depression) zeichnen sich durch ein sehr häufiges Vorkommen an sozialem Rückzug (33,0 %) und Pflegebedürftigkeit (20,4 %) aus. Bei den Patienten mit neurotischer Depression sind die Suizidalität (34,5 %) und Aggressivität (25,9 %) häufig vertreten. Die Symptome Selbstbeschädigung, Mangel an Krankheitsgefühl, Mangel an Krankheitseinsicht, Ablehnung der Behandlung und Pflegebedürftigkeit kommen bei den Patienten mit neurotischer Depression überhaupt nicht vor. Mangel an Krankheitseinsicht (21,6 %) und soziale Umtriebigkeit (11,8 %) kommen am häufigsten bei den Persönlichkeitsstörungen vor. Die körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs zeichnen sich gegenüber den anderen Diagnosegruppen durch ein häufiges Vorkommen an Mangel an Krankheitsgefühl (18,2 %), Ablehnung der Behandlung (13,6 %) und Selbstbeschädigung (9,1 %) aus. Die Suizidalität kommt bei den körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs überhaupt nicht vor. Die Patienten mit psychogenen Reaktionen und Suchtkrankheiten liegen bei den Symptomen dieses Komplexes prozentual etwa im Durchschnitt aller untersuchten Diagnosegruppen. Bei den psychogenen Reaktionen kommen am häufigsten die Symptome sozialer Rückzug (28,7 %), Suizidalität (27,0 %) und Pflegebedürftigkeit (16,7 %) vor. Bei den Suchtkrankheiten sind häufig: sozialer Rückzug (27,0 %), Mangel an Krankheitseinsicht (21,3 %), Pflegebedürftigkeit (18,9 %), Mangel an Krankheitsgefühl (15,6 %) und Aggressivität (13,1 %). Am häufigsten kommt bei allen untersuchten Diagnosegruppen der soziale Rückzug vor. Die prozentuale Verteilung reicht von 33,0 % bei den Neurosen (ohne neurotische Depression) bis 16,8 % bei den körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs.

Zusammenfassend stellen wir fest, daß der Vergleich der psychopathologischen Symptomatik keine spezifischen Symptomprofile, sondern für alle untersuchten Diagnosegruppen eine ähnliche Symptomverteilung ergibt. Bei allen Diagnosegruppen sind die

Störungen der Affektivität der häufigste Symptomkomplex. Hier-
von wiederum stehen die Symptome deprimiert, ängstlich und
innerlich unruhig bei allen Diagnosegruppen jeweils an der
Spitze. Eine andere Gemeinsamkeit aller Diagnosegruppen ist
das sehr seltene Vorkommen von Bewußtseinsstörungen, Ich-Stö-
rungen, Wahn und Sinnestäuschungen. Die im Vergleich der
psychopathologischen Symptomatik festgestellten Unterschiede
der untersuchten Diagnosegruppen sind folglich als sehr ge-
ring zu bewerten. Allerdings muß berücksichtigt werden, daß
die Schwere bzw. Ausprägung der Symptome, wie sie im AMDP
mit der Einteilung in leicht, mittel, schwer beschrieben
wird, in unserer Arbeit nicht in die Ergebnisauswertung mit-
einging.

4.2. Vergleich unserer Ergebnisse mit Untersuchungen aus dem Jahre 1978 in der Psychiatrischen Klinik der Universität München

In seiner Dissertation mit dem Thema "Psychopathologische Symptomatik der organischen Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten und Oligophrenien" beschreibt H. Ditz (1984) die klinischen und demographischen Merkmale von insgesamt 830 im Jahre 1978 in der Psychiatrischen Klinik der Universität München behandelten Patienten. Diese Arbeit verwendet die achte Revision der ICD als Grundlage für die Einteilung der ICD-Kategorien in Diagnosegruppen. In unserer Arbeit über Untersuchungen aus dem Jahre 1980 verwenden wir die neunte Revision der ICD. Im folgenden soll deshalb geprüft werden, ob sich zwischen den Ergebnissen aus dem Jahre 1978 und dem Jahre 1980 aufgrund der Änderung der ICD wesentliche Unterschiede ergeben.

Da in den Untersuchungen aus dem Jahre 1978 die bisherige Anzahl aller Klinikaufenthalte und die psychosoziale Beeinträchtigung der Patienten nicht berücksichtigt werden, können nur die Verteilung der Diagnosegruppen, die Geschlechterrelation, das Alter der Patienten, die Aufenthaltsdauer und die psychopathologische Symptomatik verglichen werden. Allerdings kommt hinzu, daß im Jahre 1978 die zweite Auflage des AMP, im Jahre 1980 dagegen die dritte Auflage des AMDP verwendet wurde und die Symptome in den beiden Auflagen teilweise verschieden erklärt sind.

4.2.1. Neurosen (ohne neurotische Depression)

H. Ditz (1984) faßt in seiner Untersuchung des Jahres 1978 folgende Kategorien der ICD-8 zur Diagnosegruppe Neurosen zusammen: 300.0 (Angstneurose), 300.1 (hysterische Neurose), 300.2 (Phobie), 300.3 (Zwangsneurose), 300.5 (Neurasthenie), 300.6 (neurotisches Depersonalisationssyndrom), 300.7 (hypo-

chondrische Neurose), 300.8 (andere Neurosen), 300.9 (nicht näher bezeichnete Neurosen). Die in unserer Arbeit zu der Diagnosegruppe Neurosen (ohne neurotische Depression) zusammengefaßten Kategorien der ICD-9 siehe unter 2.2.

Im Bezug auf die Häufigkeit stellen wir fest, daß im Untersuchungszeitraum 1978 mit 123 Patienten, das sind 7,0 % aller aufgenommenen Patienten, etwas mehr Patienten der Diagnosegruppe Neurosen (ohne neurotische Depression) zugeordnet wurden als im Jahre 1980 mit 103 Patienten (6,4 %). Die Geschlechtsrelation beträgt im Jahre 1978 1 : 1,1 Männer zu Frauen und im Jahre 1980 1 : 0,8. Im Gegensatz zum Jahrgang 1978 überwiegen also 1980 die männlichen Patienten. Das Durchschnittsalter der Patienten der Diagnosegruppe Neurosen (ohne neurotische Depression) liegt im Jahre 1978 mit 36 Jahren um fünf Jahre höher als 1980 mit 31 Jahren. Die mittlere Aufenthaltsdauer schließlich beträgt im Jahre 1978 35,4 Tage und ist damit um 8,6 Tage kürzer als 1980 mit 44 Tagen.

Beim Vergleich der psychopathologischen Symptomatik stoßen wir zunächst auf verschiedene Terminologien. Während in der zweiten Auflage des AMP des Jahres 1978 die Bewußtseinsstörungen eingeteilt werden in: Bewußtseinsstörungen, delirant umdämmert und andere Bewußtseinsstörungen, erfolgte 1980 in der dritten Auflage des AMDP eine genaue Trennung in: Bewußtseins-Verminderung, Bewußtseins-Trübung, Bewußtseins-Einengung und Bewußtseins-Verschiebung. Trotzdem kann man feststellen, daß in beiden untersuchten Jahrgängen die Symptome etwa gleich häufig auftreten. Die Häufigkeit der Orientierungsstörungen stimmt ebenfalls nahezu exakt überein. Von den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen kommen bei den Patienten des Jahres 1978 die Auffassungsstörungen bei 7,1 % mehr Patienten vor als 1980. Konzentrationsstörungen kommen dagegen 1980 um 5,1 % häufiger vor als 1978. Formale Denkstörungen sind bei den Patienten von 1980 etwas häufiger vertreten: Eingegengtes Denken kommt bei 12,2 % mehr Patienten vor als 1978, verlangsamtes Denken bei 7,5 % und umständliches Denken

bei 4,6 %. Soweit die Befürchtungen und Zwänge (1980) mit den überwertigen Ideen, Zwänge, Phobien (1978) vergleichbar sind, stellen wir leichte Häufigkeitsunterschiede fest. Fast alle Symptome des Komplexes "Befürchtungen und Zwänge" kommen im Jahre 1978 häufiger als im Jahre 1980 vor: die nicht wahnhaftige Hypochondrie 35 % gegenüber 24,3 % im Jahre 1980, Zwangsgedanken 15 % gegenüber 13,6 % und Zwangshandlungen 11 % gegenüber 7,8 %. Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen kommen in beiden Jahrgängen gleich häufig vor. Die verschiedenen affektiven Störungen kommen teilweise 1978 und teilweise 1980 im Vergleich etwas häufiger vor. Im Jahre 1978 sind 20 % der Patienten ratlos, 27 % haben Störungen der Vitalgefühle, 63 % sind deprimiert, 20 % hoffnungslos, 60 % ängstlich, 50 % innerlich unruhig, 29 % klagsam/jammerig, 32 % haben Insuffizienzgefühle und 18 % sind affektlabil; im Jahre 1980 lauten die entsprechenden Zahlen: 30,1 % ratlos, 35,9 % Störungen der Vitalgefühle, 66 % deprimiert, 35 % hoffnungslos, 57,3 % ängstlich, 45,6 % innerlich unruhig, 42,7 % klagsam/jammerig, 41,8 % Insuffizienzgefühle und 8,7 % affektlabil. Bei den psychomotorischen Störungen bestehen keine deutlichen Unterschiede. 1978 sind 33 % der Patienten antriebsarm und 15 % antriebsgehemmt. 1980 sind 31,1 % antriebsarm und 19,4 % antriebsgehemmt. Soweit noch Symptome aus der AMDP-Rubrik "andere Störungen" vergleichbar sind, so treten im Jahre 1978 sozialer Rückzug (1978: 44 %/1980: 33,0 %) und im Jahre 1980 Suizidalität (1980: 25,2 %/ 1978: 15 %) häufiger auf.

Zusammenfassend stellen wir fest, daß im Bezug auf die Häufigkeit und Geschlechtsrelation der Neurosen (ohne neurotische Depression) der Untersuchungszeiträume 1978 und 1980 sich keine deutlichen Unterschiede ergeben. Anders verhält es sich beim Durchschnittsalter der Patienten und bei der mittleren Aufenthaltsdauer: die Patienten des Jahres 1978 sind durchschnittlich um 5,1 Jahre älter und die Patienten des Jahres 1980 haben im Mittel eine um 8,6 Tage längere Aufenthaltsdauer. Die Untersuchungen der psychopathologischen Symptomatik liefern in beiden Jahrgängen nahezu gleiche Ergebnisse.

Eine Ausnahme bilden die formalen Denkstörungen, die bei den Patienten des Untersuchungszeitraumes 1980 etwas häufiger vorkommen und die Befürchtungen und Zwänge, die im Jahre 1978 etwas häufiger auftreten.

4.2.2. Neurotische Depression

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde die Diagnose neurotische Depression (ICD-8, Nr. 300.4) bei 193 von 1750 Patienten, das sind 11,0 %, gestellt. Im Jahre 1980 (ICD-9, Nr. 300.4) waren es 139 von 1601 Patienten, das sind 8,7 %. Die Geschlechtsrelation beträgt im Jahre 1978 1,4 : 1 Männer zu Frauen, im Jahre 1980 1 : 1,1. Im Gegensatz zum Jahrgang 1978 hat sich das Mehrheitsverhältnis also umgekehrt. Das Durchschnittsalter der Patienten der neurotischen Depression ist im Jahre 1978 mit 33,5 Jahre um 2,5 Jahre niedriger als im Jahre 1980 mit 36 Jahren. Die mittlere Aufenthaltsdauer beträgt im Jahre 1978 31,1 Tage und ist damit geringfügig um 4,9 Tage niedriger als im Jahre 1980 mit 36 Tagen.

Der Vergleich der psychopathologischen Symptomatik ergibt folgende Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungszeiträumen: Bewußtseinsstörungen und Orientierungsstörungen kommen in beiden Jahrgängen sehr selten vor. Von den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen treten im Jahre 1978 die Konzentrationsstörungen (26 %) und Merkfähigkeitsstörungen (12 %) seltener auf als im Jahre 1980 (36,0 % bzw. 14,4 %). Von den formalen Denkstörungen kommt das eingeeengte Denken im Jahre 1978 bei 13 % der Patienten und 1980 bei 19,4 % vor. Alle anderen formalen Denkstörungen sind annähernd gleich häufig. Von den Befürchtungen und Zwängen treten die Störungen bis auf das etwas häufigere Mißtrauen und der nicht wahnhaften Hypochondrie in den beiden Jahrgängen gleich häufig auf. Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen kommen in beiden Jahrgängen sehr selten vor. Von den verschiedenen Störungen der Affektivität sind im Untersuchungs-

jahr 1980 nahezu die Hälfte der Symptome etwas häufiger vertreten als im Jahre 1978, während die übrigen Symptome gleich häufig sind. Folgende affektive Symptome sind 1980 häufiger: ratlos (1978: 31 %/1980: 36,7 %), affektarm (1978: 7 %/1980: 13,7 %), Störung der Vitalgefühle (1978: 31 %/1980: 36,0 %), deprimiert (1978: 82 %/1980: 85,6 %), ängstlich (1978: 51 %/1980: 57,6 %), klagsam/jammerig (1978: 19 %/1980: 29,5 %), Insuffizienzgefühle (1978: 40 %/1980: 48,9 %) und Schuldgefühle (1978: 18 %/1980: 25,2 %). Antriebs- und psychomotorische Störungen kommen in beiden Untersuchungszeiträumen (1978/1980) gleich häufig vor. Bei den restlichen noch vergleichbaren Störungen der psychopathologischen Symptomatik gibt es ebenfalls keine nennenswerten Häufigkeitsunterschiede.

Zusammenfassend stellen wir fest, daß beim Vergleich der Untersuchungsergebnisse der Diagnosegruppe neurotische Depression der Jahrgänge 1978 und 1980 hinsichtlich der Häufigkeit der Diagnose, der Geschlechterrelation, dem Durchschnittsalter der Patienten, der mittleren Aufenthaltsdauer und der psychopathologischen Symptomatik nur sehr geringe Unterschiede zutagegetreten. Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde die Diagnose neurotische Depression etwas häufiger gestellt, die Geschlechtsrelation hat sich dagegen im Jahre 1980 zugunsten der Frauen umgekehrt. Das Durchschnittsalter und die Aufenthaltsdauer sind 1978 etwas niedriger als im Jahre 1980. Im Bezug auf die psychopathologische Symptomatik ergibt sich folgender Überblick: bis auf die Gruppe der affektiven Störungen, welche im Jahre 1980 etwas häufiger auftreten, kommen alle Symptome etwa gleich häufig vor.

4.2.3. Persönlichkeitsstörungen

In der Dissertation von H. Ditz (1984) beinhaltet die Diagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen die Kategorie 301 der ICD-8. (Die in unserer Arbeit zur Diagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen zusammengefaßten ICD-Kategorien der neunten Revision siehe unter 2.2.).

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurden 90 von 1750 Patienten, das sind 5,1 % der Diagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen zugeordnet, im Jahre 1980 101 von 1601 Patienten, das sind 6,3 %. Die Geschlechtsrelation beträgt im Jahre 1978 2,6 : 1 Männer zu Frauen, im Jahre 1980 2,4 : 1. Die Männer überwiegen folglich 1978 etwas stärker als 1980. Das Durchschnittsalter der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen liegt im Jahre 1978 mit 26,5 Jahren um 4,5 Jahre niedriger als 1980 mit 31 Jahren. Die mittlere Aufenthaltsdauer schließlich beträgt im Jahre 1978 25,2 Tage und ist damit um 8,8 Tage kürzer als 1980 mit 34 Tagen.

Der Vergleich der psychopathologischen Symptomatik der Patienten der beiden Untersuchungszeiträume ergibt mehrere Unterschiede. Bewußtseins- und Orientierungsstörungen kommen in beiden Jahrgängen selten vor. Von den Symptomen der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen kommen im Jahre 1978 die Konzentrationsstörungen bei 24 % vor gegenüber 39,2 % der Patienten im Jahre 1980, die Merkfähigkeitsstörungen bei 10 % gegenüber 18,6 % und die Auffassungsstörungen bei 8 % gegenüber 15,7 %. Von den formalen Denkstörungen kommen bei den 1980 aufgenommenen Patienten die Symptome verlangsamtes und umständliches Denken mit 20,6 % und 21,6 % nahezu doppelt so häufig vor wie bei den Patienten von 1978 mit 11 % und 10 %. Bei den Befürchtungen und Zwängen zeigt sich bei der nicht wahnhaften Hypochondrie ein deutlicher Häufigkeitsunterschied: Sie kommt 1978 nur bei 1 % der Patienten, 1980 dagegen bei 20,6 % vor. Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen kommen in beiden Jahrgängen selten vor. Von den verschiedenen Störungen der Affektivität sind im Untersuchungszeitraum 1980 über die Hälfte der Symptome häufiger vertreten als im Jahre 1978, während die übrigen Symptome gleich häufig sind. Folgende affektive Symptome sind 1980 häufiger: ratlos (1978: 18 %/1980: 25,5 %), deprimiert (1978: 50 %/1980: 61,8 %), hoffnungslos (1978: 23 %/1980: 33,3 %), gereizt (1978: 20 %/1980: 25,5 %), innerlich unruhig (1978: 32 %/1980: 38,2 %), Insuffizienzgefühle (1978: 18 %/1980: 28,4 %) und affektlabil

(1978: 14 %/1980: 17,7 %). Von den Symptomen der Antriebs- und psychomotorischen Störungen ist die Antriebssteigerung 1978 häufiger (1978: 14 %/1980: 11,8 %), während 1980 die Antriebsarmut (1978: 12 %/1980: 31,4 %) und die motorische Unruhe (1978: 14 %/1980: 19,6 %) stärker vertreten sind. Von den Symptomen aus der Rubrik "Andere Störungen" treten folgende im Untersuchungszeitraum 1978 häufiger auf: Suizidalität (1978: 33 %/1980: 29,4 %) und Mangel an Krankheitsgefühl (1978: 21 %/1980: 16,7 %).

Zusammenfassend stellen wir fest, daß die Untersuchungen über die Diagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen des Jahres 1978 und 1980 im Bezug auf Häufigkeit der Diagnose und Geschlechtsrelation der Patienten annähernd gleiche Ergebnisse erzielen. Anders verhält es sich beim Durchschnittsalter der Patienten und bei der mittleren Aufenthaltsdauer: die Patienten des Jahres 1980 sind um 4,5 Jahre älter und haben im Mittel eine um 8,8 Tage längere Aufenthaltsdauer. Im Bezug auf die psychopathologische Symptomatik weisen die beiden verglichenen Untersuchungszeiträume folgende Unterschiede auf: Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, formale Denkstörungen, Störungen der Affektivität und Antriebs- und psychomotorische Störungen kommen bei den Persönlichkeitsstörungen des Jahres 1980 etwas häufiger vor.

4.2.4. Körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs

H. Ditz (1984) beschreibt in seiner Arbeit die Diagnosegruppe nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen. Diese Diagnosegruppe bezieht sich auf die Kategorie 309 der ICD-8 und soll im folgenden mit der Diagnosegruppe körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs, welche im Ergebnisteil unserer Arbeit beschrieben wird, verglichen werden. (Die in unserer Arbeit zur Diagnosegruppe körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs zusammengefaßten Kategorien der ICD-9 siehe unter 2.2.).

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde bei 29 von 1750 Patienten, das sind 1,7 %, die Diagnose nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen, gestellt. Im Jahre 1980 waren es 17 von insgesamt 1601 Patienten, das sind 1,1 %, bei denen die Diagnose körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs gestellt wurde. Die Geschlechtsrelation beträgt im Jahre 1978 3,1 : 1 Männer zu Frauen, im Jahre 1980 0,9 : 1. Während also 1978 die Männer stark überrepräsentiert waren, sind es im Jahre 1980 sogar etwas mehr weibliche als männliche Patienten.

Das Durchschnittsalter der Patienten ist im Jahre 1978 mit 40,7 Jahren um 12,7 Jahre höher als im Untersuchungszeitraum 1980 mit 28 Jahren. Die mittlere Aufenthaltsdauer beträgt 1978 18,7 Tage, 1980 dagegen 25 Tage. Die Patienten des Untersuchungszeitraumes 1980 sind also im Mittel 6,3 Tage länger in der psychiatrischen Klinik.

Der Vergleich der psychopathologischen Symptomatik ergibt größere Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungszeiträumen. Bewußtseinsstörungen und Orientierungsstörungen kommen in beiden Jahrgängen selten vor. Die Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen manifestieren sich im Untersuchungszeitraum 1978 deutlich häufiger als im Jahre 1980. Auffassungsstörungen finden wir im Jahre 1978 bei 28 % der Patienten, Konzentrationsstörungen bei 66 %, Merkfähigkeitsstörungen bei 48 %, Gedächtnisstörungen bei 34 % und Konfabulationen bei 21 %. Die entsprechende Häufigkeitsverteilung im Untersuchungszeitraum 1980 ist: Auffassungsstörungen 7,7 %, Konzentrationsstörungen 16,8 % und Merkfähigkeitsstörungen 7,7 %. Gedächtnisstörungen und Konfabulationen kommen im Jahre 1980 bei den Patienten mit körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs überhaupt nicht vor. Bei folgenden formalen Denkstörungen treten ebenfalls deutliche Unterschiede auf: verlangsamtes Denken (1978: 24 %/1980: 7,7 %), umständliches Denken (1978: 9,1 %/1980: 31 %) und perseverierendes Denken (1978: 21 %/1980: 7,7 %). Von den Befürchtungen und Zwängen kommt die nicht wahnhaftige Hypochondrie im Untersuchungszeit-

raum 1980 häufiger vor (1978: 14 %/1980: 18,2 %). Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen kommen in beiden Jahrgängen sehr selten vor. Von den verschiedenen Störungen der Affektivität sind im Untersuchungszeitraum 1978 die Hälfte der Symptome deutlich häufiger vertreten als im Jahre 1980. Folgende affektive Symptome sind 1978 häufiger: ratlos (1978: 31 %/1980: 6,4 %), deprimiert (1978: 48 %/1980: 33,7 %), ängstlich (1978: 34 %/1980: 21,4 %) und innerlich unruhig (1978: 45 %/1980: 16,8 %). Im Jahre 1980 sind dagegen folgende affektive Symptome häufiger: hoffnungslos (1978: 17 %/1980: 27,3 %) und Insuffizienzgefühle (1978: 17 %/1980: 22,7 %). Antriebs- und psychomotorische Störungen kommen im Jahre 1978 häufiger vor. Antriebsarmut und motorische Unruhe kommt im Jahre 1978 bei 31 % bzw. 17 % der Patienten, 1980 dagegen bei 15,5 % bzw. 9,1 % vor. Von den Symptomen aus der Rubrik "andere Störungen" treten folgende im Untersuchungszeitraum 1978 häufiger auf: sozialer Rückzug (1978: 38 %/1980: 16,8 %), Suizidalität (1978: 21 %/1980: 0 %) und Mangel an Krankheitseinsicht (1978: 28 %/1980: 18,2 %). Mangel an Krankheitsgefühl ist dagegen 1980 mit 18,2 % etwas häufiger vertreten als im Jahre 1978 mit 17 %.

Zusammenfassend stellen wir fest, daß beim Vergleich der Untersuchungsergebnisse der nichtpsychotischen psychischen Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen, des Jahrganges 1978 und den körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs des Jahrganges 1980 hinsichtlich der Häufigkeit der Diagnose, der Geschlechtsrelation, dem Durchschnittsalter der Patienten, der mittleren Aufenthaltsdauer und der psychopathologischen Symptomatik deutliche Unterschiede zutage traten. Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde die Diagnose der verglichenen Diagnosegruppen etwas häufiger gestellt als 1980 und die männlichen Patienten sind im Gegensatz zum Jahrgang 1980 stark überrepräsentiert. Das Durchschnittsalter ist 1978 um 12,7 Jahre höher als im Jahre 1980, die mittlere Aufenthaltsdauer dagegen ist 1978 niedriger. Im Bezug auf die psychopathologische Symptomatik ergibt

sich folgender Vergleichsüberblick: Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, formale Denkstörungen, Störungen der Affektivität, Antriebs- und psychomotorische Störungen, sozialer Rückzug, Suizidalität und Mangel an Krankheitseinsicht kommen im Jahre 1978 häufiger vor. Die nicht genannten Symptomgruppen treten etwa gleich häufig auf.

4.2.5. Suchtkrankheiten

H. Ditz (1984) beschreibt in seiner Arbeit über den Untersuchungszeitraum 1978 die zwei Diagnosegruppen Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit mit folgenden Kategorien der ICD-8: Alkoholismus (Nr. 303), Alkoholrausch (Nr. 291.4) und Medikamentenabhängigkeit (Nr. 304). Wir fassen im folgenden diese zwei Diagnosegruppen zusammen, um sie mit der Diagnosegruppe Suchtkrankheiten des Untersuchungsjahrganges 1980 in unserer Arbeit (siehe 2.2.) vergleichen zu können.

Im Untersuchungszeitraum 1978 wurde bei 105 von insgesamt 1750 Patienten (das sind 6 % aller Patienten) die Diagnose Suchtkrankheit gestellt. Im Jahre 1980 waren es 121 von 1601 Patienten (das sind 7,6 % aller Patienten), die dieser Diagnosegruppe zugeordnet wurden. Die Geschlechtsrelation beträgt im Jahre 1978 1,7 : 1 Männer zu Frauen, im Untersuchungszeitraum 1980 2,4 : 1. Das ergibt eine stärkere Dominanz der Männer im Jahre 1980. Das Durchschnittsalter der Patienten mit Suchtkrankheiten entspricht im Untersuchungszeitraum 1978 mit 34,4 Jahren fast genau dem Durchschnittsalter des Jahres 1980 mit 36 Jahren. Die mittlere Aufenthaltsdauer beträgt im Jahre 1978 21,4 Tage und ist damit um 2,6 Tage kürzer als im Jahre 1980 mit 24 Tagen.

Der Vergleich der psychopathologischen Symptomatik der Patienten der beiden Untersuchungszeiträume ergibt mehrere Unterschiede. Bewußtseinsstörungen treten bei den Patienten des Jahres 1978 geringfügig häufiger

auf, Orientierungsstörungen dagegen sind bei den Patienten des Jahres 1978 seltener. Von den Symptomen der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind die Merkfähigkeitsstörungen 1980 häufiger (1978: 13 %/1980: 25,4 %), während 1978 die Auffassungsstörungen (1978: 22 %/1980: 18 %), die Konzentrationsstörungen (1978: 50 %/1980: 41,8 %) und die Gedächtnisstörungen (1978: 17 %/1980: 11,5 %) häufiger vertreten sind. Von den Symptomen der formalen Denkstörungen kommen im Jahre 1980 das verlangsamte Denken bei 22,1 % gegenüber 15 % der Patienten im Jahre 1978 und das umständliche Denken bei 13,9 % gegenüber 7 % etwas häufiger vor. Die Symptome der Befürchtungen und Zwänge treten bis auf das etwas häufigere Mißtrauen im Jahre 1980 gleich häufig auf. Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen kommen in beiden Untersuchungsjahren selten vor. Etwa gleich viele Störungen der Affektivität sind jeweils in einem der beiden Untersuchungszeiträume gegenüber dem anderen etwas häufiger vertreten. Im Jahre 1978 sind dies: dysphorisch (33 %/1980: 24,6 %), gereizt (29 %/1980: 14,8 %), innerlich unruhig (57 %/1980: 42,6 %) und affektlabil (16 %/1980: 5,7 %). Im Jahre 1980 sind es: Störung der Vitalgefühle (23 %/1978: 11 %), deprimiert (53,3 %/1978: 49 %), hoffnungslos (23 %/1978: 19 %), ängstlich (34,4 %/1978: 31 %) und Insuffizienzgefühle (28,7 %/1978: 23 %). Von den Antriebs- und psychomotorischen Störungen kommen die Symptome antriebsarm (22,1 %), und motorisch unruhig (31,2 %) im Jahre 1980 häufiger vor als im Untersuchungszeitraum 1978, in dem die entsprechenden Prozentanteile 12 und 27 betragen. Soweit die übrigen auf dem AMDP-Bogen noch aufgeführten psychischen Symptome vergleichbar sind, ergibt sich nur noch bei den Symptomen sozialer Rückzug und Mangel an Krankheitseinsicht ein nennenswerter Unterschied. Von den 1978 aufgenommenen Patienten ist bei 20 % der Kontakt vermindert, von den 1980 aufgenommenen Patienten besteht bei 27 % ein sozialer Rückzug. Mangel an Krankheitseinsicht haben 1978 30 % der Patienten, 1980 dagegen sind es nur 21,3 %.

Zusammenfassend stellen wir fest, daß beim Vergleich der

Untersuchungsergebnisse der Suchtkrankheiten der Jahrgänge 1978 und 1980 hinsichtlich der Häufigkeit der Diagnose, der Geschlechtsrelation und der psychopathologischen Symptomatik geringe Unterschiede zutagegetreten. Im Untersuchungszeitraum 1980 wurde die Diagnose Suchtkrankheit etwas häufiger gestellt und die männlichen Patienten sind noch stärker überrepräsentiert. Das Durchschnittsalter und die Aufenthaltsdauer sind aber nahezu identisch. Im Bezug auf die psychopathologische Symptomatik ergibt sich folgender Überblick: Bewußtseinsstörungen, Auffassungs-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen und Mangel an Krankheitseinsicht sind im Jahre 1978 häufiger; Orientierungs- und Merkfähigkeitsstörungen, formale Denkstörungen, Antriebs- und psychomotorische Störungen und sozialer Rückzug kommen im Jahre 1980 häufiger vor. Die nichtgenannten Symptomgruppen treten etwa gleich häufig auf.

4.2.6. Schlußfolgerung

Bei der Bewertung der Häufigkeitsunterschiede der genannten klinischen Merkmale für die hier betrachteten Diagnosegruppen ist zu beachten, daß im Jahre 1978 in der Psychiatrischen Universitätsklinik München als klinisches Dokumentationssystem die zweite Auflage des AMP-Systems und im Jahre 1980 die dritte Auflage des AMDP-Systems verwendet wurde. Da die Symptome in den beiden Auflagen des verwendeten Dokumentationssystems zum Teil verschieden erklärt sind, sind die Häufigkeitsunterschiede für die oben erwähnten Symptome als gering zu bewerten. Geht man somit von den in dieser Arbeit betrachteten klinischen und demographischen Merkmalen aus, so stellen wir fest, daß die ICD-9 im Vergleich zur ICD-8 für die Diagnosen Neurosen, neurotische Depression, Persönlichkeitsstörungen und Suchtkrankheiten keine wesentliche Änderung gebracht hat. Dies bedeutet, daß die hier betrachteten gleichnamigen Diagnosegruppen der ICD-8 und der ICD-9 sich auch tatsächlich auf die gleichen Patientengruppen beziehen. Dies trifft auch für die verglichenen Diagnosegruppen nichtpsychotische psychische Störungen,

die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen (ICD-8) und körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs (ICD-9) zu.

Teil 5

Z u s a m m e n f a s s u n g

5. Zusammenfassung

In die vorliegende Untersuchung gehen die Daten von 554 Patienten der Psychiatrischen Universitätsklinik München ein, die im Laufe des Jahres 1980 aufgenommen wurden und deren Befund und Anamnese mit Hilfe des AMDP-Systems dokumentiert wurde. Die Arbeit beinhaltet die deskriptiv statistische Beschreibung der Patienten mit Neurosen (ohne neurotische Depression) (ICD-Nr. 300 ohne 300.4), mit der neurotischen Depression (ICD-Nr. 300.4), mit Persönlichkeitsstörungen (ICD-Nr. 301, 302, 310 und 312), mit körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs (ICD-Nr. 306, 307 und 316), mit psychogenen Reaktionen (ICD-Nr. 308, 309, 298.3 und 298.8) und den Suchtkrankheiten (ICD-Nr. 303-305) bezüglich der Symptomatik, der stationären Behandlungsdauer, des Schweregrades der Krankheit und einiger demographischer Merkmale.

In der Einleitung der Arbeit beziehen wir uns auf die Beschreibung der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen des Lehrbuches "psychisch krank" von R. Degkwitz et al. (1982). Hierbei werden die jeweiligen Krankheitsbilder anhand der psychopathologischen Symptomatik beschrieben und differenziert; zudem wird kurz auf die Pathogenese und Therapie eingegangen.

Der Ergebnisteil gibt zunächst eine Übersicht über alle 554 Patienten, die den sechs untersuchten Diagnosegruppen angehören und im Jahre 1980 aufgenommen wurden. Von den 554 Patienten sind 215 weiblich und 339 männlich; die Männer überwiegen im Verhältnis 1 : 0,6. Die sechs Diagnosegruppen verteilen sich in Reihenfolge abnehmender Häufigkeit wie folgt: neurotische Depression 25,1 %, Suchtkrankheiten 22,0 %, Neurosen (ohne neurotische Depression) 18,6 %, Persönlichkeitsstörungen 18,4 %, psychogene Reaktionen 12,8 % und körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs 3,1 %. Bei den Persönlichkeitsstörungen, den Suchtkrankheiten und den psychogenen Reaktionen besteht jeweils ein deutliches zahlenmäßiges Übergewicht

der Männer; sie sind mehr als doppelt so häufig vertreten wie die Frauen. Bei den übrigen beschriebenen Diagnosegruppen sind jeweils annähernd gleich viele Frauen und Männer.

Im Anschluß an den Überblick über die Häufigkeit der Diagnosen und deren Geschlechtsrelation beschreiben wir im Hauptteil der Arbeit die Verteilung der oben erwähnten Merkmale der einzelnen Diagnosegruppen.

Bei den 103 Patienten mit **N e u r o s e n** (ohne neurotische Depression) beträgt das Durchschnittsalter 31 Jahre, die mittlere Aufenthaltsdauer 44 Tage und die mittlere Anzahl an Klinikaufenthalten 1,7. Die psychosoziale Beeinträchtigung der Patienten wurde bei der Aufnahme im Mittel mit 53 Punkten bewertet und bei der Entlassung mit 69 Punkten. Die psychopathologische Symptomatik der Patienten ist charakterisiert durch Störungen der Affektivität (bei bis zu 2/3 der Patienten), durch Antriebs- und psychomotorische Störungen sowie formale Denkstörungen und Konzentrationsstörungen (bei bis zu 1/3 der Patienten) und durch Befürchtungen und Zwänge (bei bis zu 1/4 der Patienten). Bewußtseinsstörungen, Orientierungs- und Ich-Störungen, Sinnestäuschungen und Wahn kommen sehr selten vor. Kennzeichnende Symptome sind: affektive Störungen (deprimiert, ängstlich, innerlich unruhig), sozialer Rückzug, Antriebsarmut, Konzentrationsstörungen und eingegengtes Denken.

Bei der **n e u r o t i s c h e n D e p r e s s i o n** (Patientenzahl 139) beträgt das Durchschnittsalter 36 Jahre, die mittlere Aufenthaltsdauer 36 Tage und die mittlere Anzahl aller Klinikaufenthalte 1,4. Bei der Aufnahme erhielten die Patienten eine mittlere Bewertung der psychosozialen Beeinträchtigung von 51 Punkten, bei der Entlassung von 72 Punkten. Im Vordergrund der psychopathologischen Symptomatik der neurotischen Depression stehen die Störungen der Affektivität (bei mehr als 3/4 der Patienten), gefolgt von Konzentrationsstörungen, Antriebs- und psychomotorischen Störungen,

Suizidalität und sozialem Rückzug (bei bis zu 1/3 der Patienten). Bewußtseins-, Orientierungs- und Ich-Störungen sowie Wahn und Sinnestäuschungen kommen sehr selten vor. Als kennzeichnende Symptome können genannt werden: Konzentrationsstörungen, Antriebsarmut und Suizidalität. Affektiv erscheinen die Patienten vor allem deprimiert und ängstlich.

Bei den 101 Patienten mit P e r s ö n l i c h k e i t s - s t ö r u n g e n beträgt das Durchschnittsalter 31 Jahre, die mittlere Aufenthaltsdauer 34 Tage und die mittlere Anzahl aller bisherigen Klinikaufenthalte 1,6. Die Patienten wurden im Mittel mit einer psychosozialen Beeinträchtigung von 55 Punkten aufgenommen und mit 70 Punkten entlassen. Die psychopathologische Symptomatik bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ist wie bei den Neurosen durch Störungen der Affektivität (bei bis zu 2/3 der Patienten), durch Antriebs- und psychomotorische Störungen und Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen (bei bis zu 1/3 der Patienten) gekennzeichnet. Suizidalität kommt bei 29,4 % der Patienten, sozialer Rückzug bei 26,5 % und formale Denkstörungen bei bis zu 1/5 der Patienten vor. Bewußtseinsstörungen, Orientierungs- und Ich-Störungen, Wahn und Sinnestäuschungen kommen selten vor. Als kennzeichnende Symptome der Persönlichkeitsstörungen können im einzelnen genannt werden: Konzentrationsstörungen, Depression, Dysphorie, innerliche Unruhe und Antriebsarmut.

Bei den k ö r p e r l i c h e n F u n k t i o n s - s t ö r u n g e n p s y c h i s c h e n U r s p r u n g s (Patientenzahl 17) beträgt das Durchschnittsalter 28 Jahre, die mittlere Aufenthaltsdauer 25 Tage und die mittlere Anzahl an Klinikaufenthalten 1,1. Bei der Aufnahme erhielten die Patienten eine mittlere Bewertung der psychosozialen Beeinträchtigung von 58 Punkten bei der Entlassung von 67 Punkten. Im Vordergrund der psychopathologischen Symptomatik der körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs stehen die Störungen der Affektivität (bei bis zu 1/3 der Patienten), gefolgt von Mangel an Krankheitsgefühl und -einsicht und

nicht wahnhafter Hypochondrie bei jeweils 18 % und der Antriebsarmut bei 16 % der Patienten. Alle anderen psychischen Symptome sind sehr selten.

Bei den 71 Patienten mit psychogenen Reaktionen beträgt das Durchschnittsalter 31 Jahre, die mittlere Aufenthaltsdauer in der Klinik 26 Tage und die mittlere Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in der Klinik 1,1. Bei der Aufnahme wurde die psychosoziale Beeinträchtigung der Patienten im Mittel mit 54 Punkten angegeben, bei der Entlassung mit 75 Punkten. Die psychopathologische Symptomatik der Patienten ist charakterisiert durch Störungen der Affektivität (bei bis zu 3/4 der Patienten), Konzentrationsstörungen (bei 35 %), sozialen Rückzug, Suizidalität und Antriebs- und psychomotorische Störungen (bei bis zu 1/4 der Patienten). Alle anderen Symptome kommen seltener vor. Als kennzeichnende Symptome können genannt werden: Depression, Angst, innerliche Unruhe, Ratlosigkeit, Antriebsarmut, motorische Unruhe, sozialer Rückzug und Suizidalität.

Bei den Suchtkrankheiten (Patientenzahl 121) beträgt das Durchschnittsalter 36 Jahre, die mittlere Aufenthaltsdauer 24 Tage und die mittlere Anzahl an Klinikaufenthalten 1,5. Die Patienten wurden im Mittel mit einer psychosozialen Beeinträchtigung von 53 Punkten aufgenommen und mit 72 Punkten entlassen. Im Vordergrund der psychopathologischen Symptomatik der Suchtkrankheiten stehen, wie bei allen anderen untersuchten Diagnosegruppen, die Störungen der Affektivität (bei bis zu der Hälfte der Patienten). Es folgen: Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen (bei 42 % der Patienten), motorische Unruhe (bei 31 %), sozialer Rückzug (bei 27 %) und formale Denkstörungen (bei 22 %). Alle anderen Symptome kommen selten oder überhaupt nicht vor. Als kennzeichnende Symptome können genannt werden: Störungen der Affektivität (deprimiert, innerlich unruhig, ängstlich, Insuffizienzgefühle, dysphorisch), Konzentrationsstörungen und motorische Unruhe.

Im Diskussionsteil unserer Arbeit werden die sechs untersuchten Diagnosegruppen bezüglich der in dieser Arbeit betrachteten klinischen Merkmale gegenübergestellt. Anschließend werden unsere Ergebnisse mit einer ähnlichen Untersuchung der klinischen Daten des Patientenjahrganges 1978 in der gleichen Klinik verglichen (Dissertation von H. Ditz, 1984).

Beim Vergleich des Durchschnittsalters der sechs Diagnosegruppen stehen die Patienten mit Suchtkrankheiten und mit neurotischer Depression mit 36 Jahren an der Spitze. In Reihenfolge mit abnehmendem Alter folgen die Neurosen (ohne neurotische Depression), die Persönlichkeitsstörungen und die psychogenen Reaktionen mit 31 Jahren. Am jüngsten sind die Patienten mit körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs mit 28 Jahren.

Die längste mittlere Aufenthaltsdauer in der Klinik haben die Patienten mit Neurosen (ohne neurotische Depression). Sie verbleiben durchschnittlich 44 Tage in der Klinik. In Reihenfolge abnehmender Aufenthaltsdauer folgen die neurotische Depression mit 36, die Persönlichkeitsstörungen mit 34, die psychogenen Reaktionen mit 26, die körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs mit 25 und die Suchtkrankheiten mit 24 Tagen. Die drei letztgenannten Diagnosegruppen zeigen bezüglich der Aufenthaltsdauer also keinen deutlichen Unterschied.

Die höchste durchschnittliche Anzahl aller bisherigen Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik haben die Patienten der Diagnosegruppe Neurosen (ohne neurotische Depression) mit 1,7 zu verzeichnen. In Reihenfolge abnehmender Häufigkeit der Klinikaufenthalte folgen die Persönlichkeitsstörungen mit 1,6, die Suchtkrankheiten mit 1,5, die neurotische Depression mit 1,4, die körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs und die psychogenen Reaktionen mit jeweils 1,1 durchschnittlichen Aufenthalten.

Beim Vergleich der Bewertung der psychosozialen Beeinträchtigung liegen die körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs bei der Aufnahme an erster Stelle; sie werden mit 58 Punkten am höchsten eingestuft. Dicht dahinter folgen alle anderen untersuchten Diagnosegruppen: Persönlichkeitsstörungen (55), psychogene Reaktionen (54), Neurosen (ohne neurotische Depression) und Suchtkrankheiten (jeweils 53) und die neurotische Depression (51). Auf der von 1 bis 100 reichenden PSB-Skala (je niedriger der Wert, umso schwerer ist das klinische Bild der Patienten) errechnet sich die maximale Differenz der Aufnahmebewertungen der einzelnen Diagnosegruppen zu sieben Punkten; der Unterschied an psychosozialer Beeinträchtigung ist folglich relativ gering. Bei der vergleichenden Betrachtung der psychosozialen Beeinträchtigung bei der Entlassung ergeben sich ebenfalls keine deutlichen Unterschiede. Die Patienten mit psychogenen Reaktionen erhielten bei der Entlassung im Mittel 75 PSB-Punkte und damit die höchste Bewertung von allen Diagnosegruppen. Es folgen dicht auf die Suchtkrankheiten und die neurotische Depression mit 72, die Persönlichkeitsstörungen mit 70 und die Neurosen (ohne neurotische Depression) mit 69 Punkten. Mit der schlechtesten PSB-Bewertung bei der Entlassung folgen zum Schluß die körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs mit 67 Punkten. Die Differenz aus mittlerer Entlassungs- und Aufnahme-PSB-Bewertung kann als klinischer Maßstab für die Besserung des Krankheitsbildes während der Behandlung aufgefaßt werden. Die Patienten mit neurotischer Depression und psychogenen Reaktionen stehen hierbei mit 21 Differenzpunkten vor den Suchtkrankheiten mit 20, den Neurosen (ohne neurotische Depression) mit 16, den Persönlichkeitsstörungen mit 15 und den körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs mit nur neun Punkten.

Der Vergleich der psychopathologischen Symptomatik ergibt keine spezifischen Symptomprofile, sondern für alle untersuchten Diagnosegruppen eine ähnliche Symptomverteilung. Bei allen Diagnosegruppen kommen als häufigster Symptomkomplex die Stö-

rungen der Affektivität vor (hiervon wiederum jeweils das Symptom deprimiert). Bewußtseinsstörungen, Orientierungs- und Ich-Störungen, sowie Wahn und Sinnestäuschungen kommen jeweils sehr selten vor. Im einzelnen ergibt sich folgendes Verteilungsbild: Die Symptomatik der Neurosen (ohne neurotische Depression) ist charakterisiert durch Störungen der Affektivität, Antriebs- und psychomotorische Störungen, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, formale Denkstörungen, Befürchtungen und Zwänge und sozialer Rückzug. Die Symptomatik der neurotischen Depression ist charakterisiert durch Störungen der Affektivität, Antriebs- und psychomotorische Störungen, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen und Suizidalität. Die Symptomatik der Persönlichkeitsstörungen ist ebenfalls charakterisiert durch Störungen der Affektivität, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Antriebs- und psychomotorische Störungen, formale Denkstörungen, Befürchtungen und Zwänge und Suizidalität. Bei den körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs werden folgende Symptome beobachtet: Störungen der Affektivität und Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Die Symptomatik der psychogenen Reaktionen ist charakterisiert durch Störungen der Affektivität, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Antriebs- und psychomotorische Störungen, formale Denkstörungen und Befürchtungen und Zwänge. Die Suchtkrankheiten sind durch folgende Symptomatik charakterisiert: Störungen der Affektivität, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Antriebs- und psychomotorische Störungen, formale Denkstörungen und sozialer Rückzug.

H. Ditz (1984) untersucht in seiner Dissertation die Daten von 830 Patienten, die im Jahre 1978 an der Psychiatrischen Universitätsklinik München aufgenommen wurden. Für die diagnostische Zuordnung der Patienten lag dieser Arbeit die ICD-8 zugrunde. Beim Vergleich unserer Ergebnisse mit den Untersuchungen aus dem Jahre 1978 stellen wir Übereinstimmungen, aber auch Unterschiede fest.

Nur sehr geringe Unterschiede der Untersuchungsergebnisse finden wir bei der Diagnosegruppe Neurosen (ohne neurotische Depression). Bei den Neurosen (Definition nach ICD-8: 300.0, 300.1, 300.2, 300.3, 300.5, 300.6, 300.7, 300.8, 300.9, / Definition nach ICD-9: ICD.Nr. 300 ohne 300.4), stimmen die Ergebnisse des Jahres 1978 und 1980 bis auf einige kleinere Unterschiede im Bezug auf das Durchschnittsalter und die Aufenthaltsdauer überein. Die Patienten des Untersuchungszeitraumes 1978 sind durchschnittlich um 5,1 Jahre älter und die Patienten des Jahres 1980 haben eine im Mittel um 8,6 Tage längere Aufenthaltsdauer.

Bei allen anderen Diagnosegruppen sind die Unterschiede der Untersuchungsergebnisse der Jahre 1978 und 1980 etwas deutlicher. Die Diagnosegruppe neurotische Depression (Definition nach ICD-8 und ICD-9: 300.4) wurde 1978 häufiger gestellt und im Gegensatz zum Jahrgang 1980 sind die Männer überrepräsentiert. Die Patienten des Jahres 1980 haben eine um 4,9 Tage längere mittlere Aufenthaltsdauer und ein um 2,5 Jahre höheres Durchschnittsalter. Im Bezug auf die psychopathologische Symptomatik stellen wir Unterschiede bei folgenden Symptomen fest: Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, formale Denkstörungen, Befürchtungen und Zwänge, Störungen der Affektivität und psychomotorische Störungen (sie kommen alle im Untersuchungszeitraum 1980 etwas häufiger vor).

Die Persönlichkeitsstörungen (Definition nach ICD-8: 301 / Definition nach ICD-9: 301, 302, 310, 312) des Jahres 1980 haben ein um 4,5 Jahre höheres Durchschnittsalter und eine um 8,8 Tage längere mittlere Aufenthaltsdauer. Der Vergleich der psychopathologischen Symptomatik ergibt folgende Ergebnisse: Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, formale Denkstörungen, Störungen der Affektivität und Antriebs- und psychomotorische Störungen treten 1980 häufiger auf; Suizidalität und Mangel an Krankheitsgefühl kommen dagegen 1978 etwas häufiger vor.

Bei den körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs (Definition nach ICD-8: 309 - nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen / Definition nach ICD-9: 306, 307, 316) finden wir bei allen verglichenen Merkmalen geringe Unterschiede. Im Jahre 1978 war der Anteil am gesamten Patientengut um 0,6 % höher als 1980 (1978: 1,7 %/ 1980: 1,1 %); die Relation Männer zu Frauen ist umgekehrt: 3,1 zu 1 (1978) und 0,9 : 1 (1980); das Durchschnittsalter erhöhte sich 1980 gegenüber 1978 um 12,7 Jahre und die mittlere Aufenthaltsdauer verkürzte sich um 6,3 Tage. Im Bezug auf die psychopathologische Symptomatik stellen wir Unterschiede bei folgenden Symptomen fest: Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, formale Denkstörungen, Antriebs- und psychomotorische Störungen, affektive Störungen (ratlos, deprimiert, ängstlich, innerlich unruhig), sozialer Rückzug, Suizidalität und Mangel an Krankheitseinsicht kommen im Untersuchungszeitraum 1978 häufiger vor; Hoffnungslosigkeit, Insuffizienzgefühle, nicht wahnhaftes Hypochondrie und Mangel an Krankheitsgefühl haben dagegen im Jahre 1980 einen etwas größeren Anteil an der Symptomatik.

Bei den Suchtkrankheiten (Definition nach ICD-8: 303, 291.4, 304/Definition nach ICD-9: 303, 304, 305) erhöhte sich im Jahre 1980 der Anteil am gesamten Patientengut von 6 % (1978) auf 7,6 % und die Dominanz der Männer nahm von 1 zu 1,7 (1978) auf 1 zu 2,4 zu. Der Vergleich der psychopathologischen Symptomatik ergibt folgende Ergebnisse: Orientierungs- und Merkfähigkeitsstörungen, formale Denkstörungen, Antriebs- und psychomotorische Störungen und sozialer Rückzug treten 1980 etwas häufiger auf; Bewußtseins-, Auffassungs-, Konzentrations-, Gedächtnisstörungen und Mangel an Krankheitseinsicht kommen dagegen 1978 häufiger vor.

Bei der Bewertung der Häufigkeitsunterschiede der genannten klinischen Merkmale für die hier betrachteten Diagnosegruppen ist zu beachten, daß im Jahre 1978 in der Psychiatrischen Universitätsklinik München als klinisches Dokumentationssystem

die zweite Auflage des AMP-Systems und im Jahre 1980 die dritte Auflage des AMDP-Systems verwendet wurde. Da die Symptome in den beiden Auflagen des verwendeten Dokumentationssystems zum Teil verschieden erklärt sind, sind die Häufigkeitsunterschiede für die oben erwähnten Symptome als gering zu bewerten. Geht man somit von den in dieser Arbeit betrachteten klinischen und demographischen Merkmalen aus, so stellen wir fest, daß die ICD-9 im Vergleich zur ICD-8 für die Diagnosen Neurosen, neurotische Depression, Persönlichkeitsstörungen und Suchtkrankheiten keine wesentliche Änderung gebracht hat. Dies bedeutet, daß die hier betrachteten gleichnamigen Diagnosegruppen der ICD-8 und der ICD-9 sich auch tatsächlich auf die gleichen Patientengruppen beziehen. Dies trifft auch für die verglichenen Diagnosegruppen nichtpsychotische psychische Störungen, die mit körperlichen Krankheiten in Zusammenhang stehen (ICD-8) und körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs (ICD-9) zu.

Teil 6

T a b e l l a r i s c h e r A n h a n g

1. Übersicht über den tabellarischen Anhang
2. Tabellen und Abbildungen

6. Tabellarischer Anhang

6.1. Übersicht über den tabellarischen Anhang

Lesehilfe für das Studium der Tabellen und Abbildungen:

Die Unterpunkte der Tabellen und Abbildungen des tabellarischen Anhanges entsprechen den Unterpunkten des Hauptteiles der Arbeit. Somit wird auf jede der Tabellen und Abbildungen der Unterpunkte 1.1. bis 2.6.4 in den entsprechenden Unterpunkten des Ergebnisteiles (Teil drei der Arbeit) Bezug genommen. Die Tabellen der Unterpunkte 0.1 bis 0.5 stellen eine Zusammenfassung der statistischen Ergebnisse der Arbeit dar und ermöglichen eine Gegenüberstellung der untersuchten Diagnosegruppen. Auf diese Tabellen wird sowohl im Ergebnisteil als auch im Diskussionsteil (Teil vier der Arbeit) Bezug genommen.

Auflistung der Tabellen:

1. Untersuchung der Grundgesamtheit
 - 1.1. Geschlechtsverteilung
 - 1.2. Verteilung der Diagnosen
 - 1.2.1/2 Übersicht und Häufigkeitsverteilung
 - 1.2.3. Geschlechterrelation innerhalb der Diagnosegruppen
2. Untersuchung der Diagnosegruppen
 - 2.1. Beschreibung der Neurosen (ohne neurotische Depression)
 - 2.1.1. Altersverteilung
 - 2.1.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik
 - 2.1.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken
 - 2.1.4. Psychosoziale Beeinträchtigung
 - 2.2. Beschreibung der neurotischen Depression
 - 2.2.1. Altersverteilung

- 2.2.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik
- 2.2.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken
- 2.2.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

- 2.3. Beschreibung der Persönlichkeitsstörungen
 - 2.3.1. Altersverteilung
 - 2.3.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik
 - 2.3.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken
 - 2.3.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

- 2.4. Beschreibung der körperlichen Funktionsstörungen
psychischen Ursprungs
 - 2.4.1. Altersverteilung
 - 2.4.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik
 - 2.4.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken
 - 2.4.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

- 2.5. Beschreibung der psychogenen Reaktionen
 - 2.5.1. Altersverteilung
 - 2.5.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik
 - 2.5.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken
 - 2.5.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

- 2.6. Beschreibung der Suchtkrankheiten
 - 2.6.1. Altersverteilung
 - 2.6.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik
 - 2.6.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken
 - 2.6.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

- 0. Übersicht über die Diagnosegruppen
 - 0.1. Durchschnittsalter
 - 0.2. Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik
 - 0.3. Durchschnittliche Anzahl aller Klinikaufenthalte
 - 0.4. Durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung
 - 0.4.1. Durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung
bei der Aufnahme

- O.4.2. Durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung bei der Entlassung
- O.4.3. Differenz aus durchschnittlicher psychosozialer Beeinträchtigung bei der Entlassung und bei der Aufnahme
- O.5. Symptomatik

6.2. Tabellen und Abbildungen

1. Übersicht über die Grundgesamtheit

Fallzahl: 554 Patienten

1.1. Geschlechtsverteilung

	Fallzahl	%	Relation männl./weibl.
männlich	339	61,2	1 : 0,6
weiblich	215	38,8	
Summe	554	100,0	

Tab. : Geschlechtsverteilung der Grundgesamtheit

1.1

1.2. Verteilung der Diagnosen

1.2.1/2 Übersicht und Häufigkeitsverteilung

Tab. : Verteilung der Diagnosen unter ICD-9, Nr.

1.2.1/2 298.2, 298.3, 298.8, 300-310, 300.4, 312
und 316 in 6 Diagnosegruppen.

Grup- pen- Nr.	ICD-Nr.	Diagnosen	Fallzahl	
			abs.	%
1	300, ohne 300.4	Neurosen (ohne neuroti- sche Depression)	103	12,6
2	300.4	Neurotische Depression	139	25,1
3	301, 302 310, 312	Persönlichkeits- störungen	102	18,4
4	306, 307, 316	Körperliche Funktions- störungen psychischen Ursprungs	17	3,1
5	308, 309, 298.2, 298.3, 298.8	Psychogene Reaktionen	71	12,8
6	303-305	Suchtkrankheiten	122	22,0
Summe			554	100,0

1.2.3. Geschlechterrelation innerhalb der Diagnosegruppen

Tab. : Geschlechterrelation der Patienten innerhalb der
1.2.3. Diagnosegruppen. Reihenfolge von mehr bei Frauen
nach mehr bei Männern auftretenden Diagnose-
gruppen.

D i a g n o s e g r u p p e	Relation männlich/ weiblich	Fallzahl			
		Männer		Frauen	
		abs.	%	abs.	%
1. Neurotische Depression	1 : 1,1	67	19,8	72	33,5
2. Körperliche Funktions- störungen psychischen Ursprungs	1 : 1,1	8	2,4	9	4,1
3. Neurosen (ohne neuro- tische Depression)	1 : 0,8	56	16,5	47	21,9
4. Persönlichkeits- störungen	1 : 0,4	72	21,2	30	14,0
5. Suchtkrankheiten	1 : 0,4	86	25,4	36	16,7
6. Psychogene Reaktionen	1 : 0,4	50	14,7	21	9,8
Grundgesamtheit	1 : 0,6	339	100,0	215	100,0

2. Untersuchung der Diagnosegruppen

2.1. Beschreibung der Neurosen (ohne neurotische Depression)

2.1.1. Altersverteilung

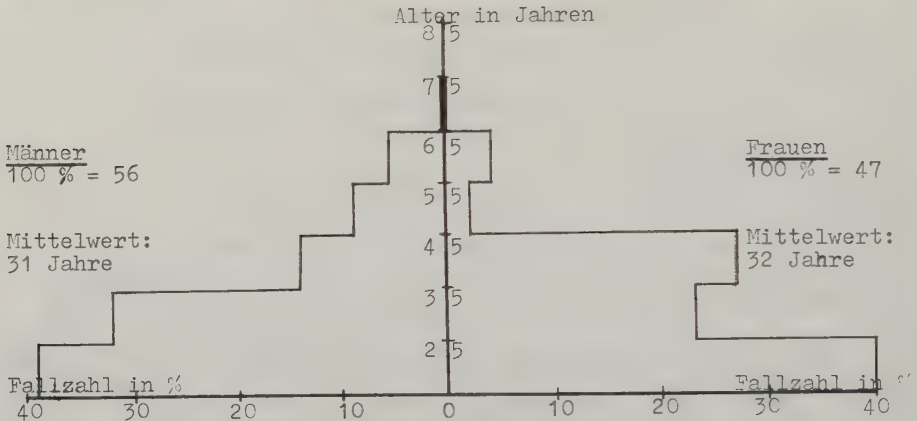


Abb. : Altersverteilung bei Männern und Frauen

2.1.1. mit Neurosen

2.1.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

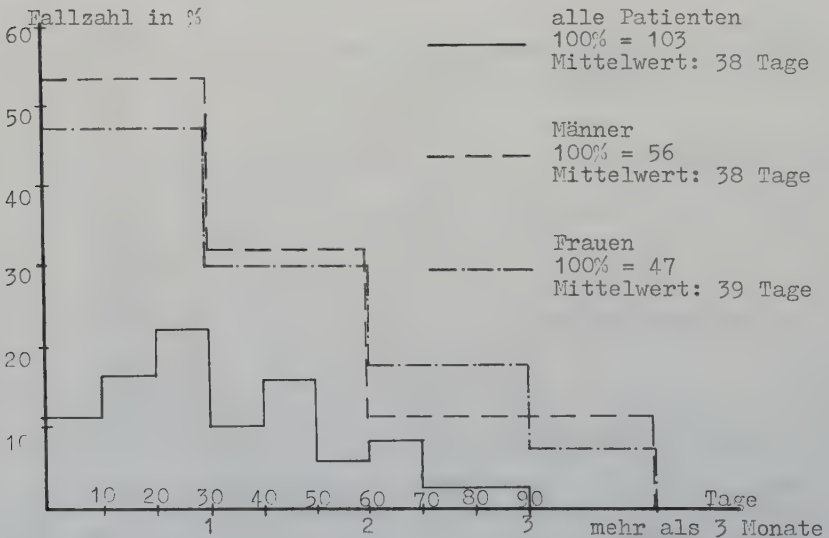


Abb. : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei allen Patienten

2.1.2. mit Neurosen und getrennt nach Männern und Frauen

2.1.3 Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

	Anzahl aller Aufenthalte						
	1	2	3	4	5	mehr als 5	
Männer (Fallzahl in %)	80,4	8,9	1,8	1,8	0	3,6	100 % = 54
Frauen (Fallzahl in %)	72,3	10,6	2,1	2,1	0	6,3	100 % = 44

Tab. : Verteilung der Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken bei Männern und Frauen mit Neurosen

2.1.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

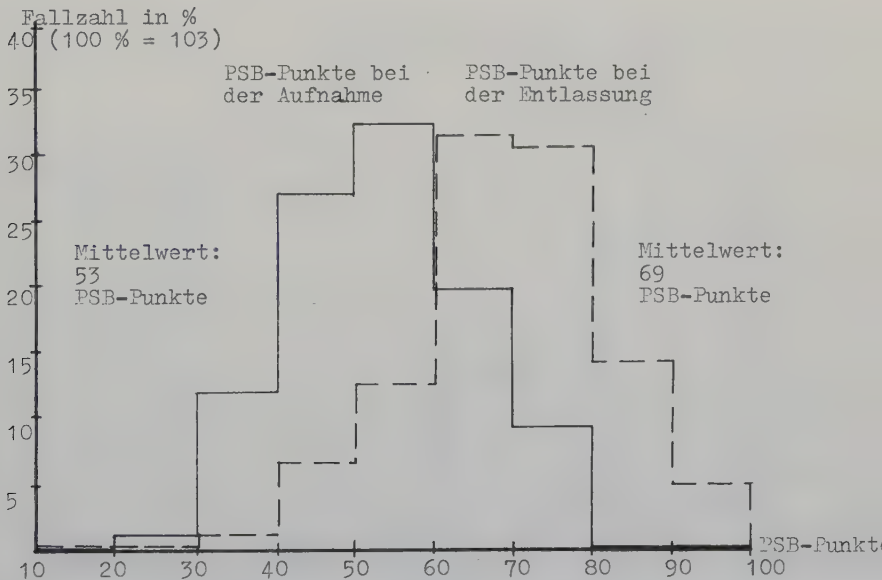


Abb. : Verteilung der psychosozialen Beeinträchtigung der Neurosen bei der Aufnahme und bei der Entlassung

2.2. Beschreibung der neurotischen Depression

2.2.1. Altersverteilung

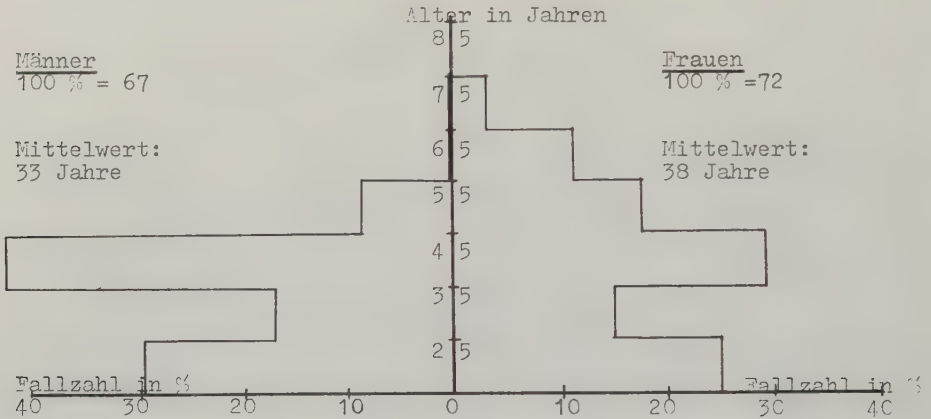


Abb. : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit
2.2.1. neurotischer Depression

2.2.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

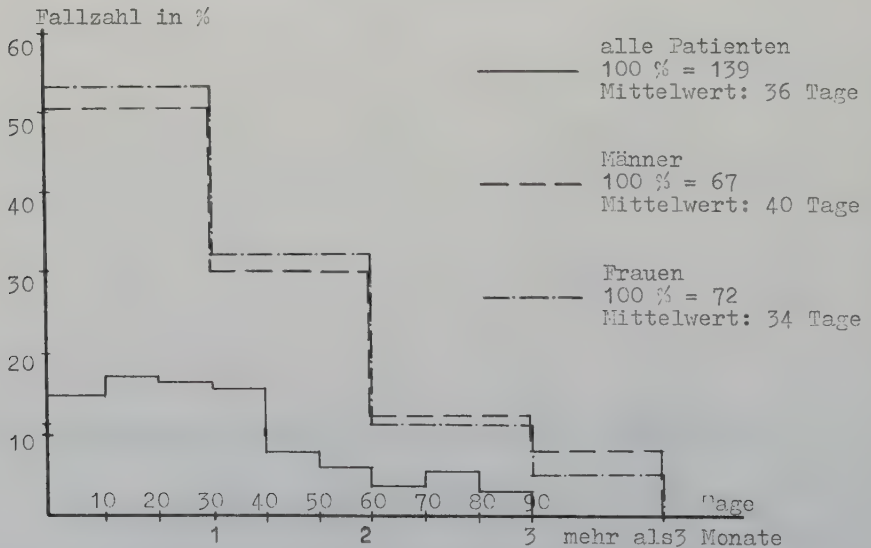


Abb. : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei allen Patienten
2.2.2. mit neurotischer Depression und getrennt nach Männern und Frauen

2.2.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

	Anzahl aller Aufenthalte						
	1	2	3	4	5	mehr als 5	
Männer (Fallzahl in %)	70,2	11,9	7,5	3,0	0	0	100 = 62
Frauen (Fallzahl in %)	73,6	12,5	4,2	1,4	0	1,4	100 = 67

Tab. : Verteilung der Anzahl aller Aufenthalte in
2.2.3. psychiatrischen Kliniken bei Männern und Frauen
mit neurotischer Depression

2.2.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

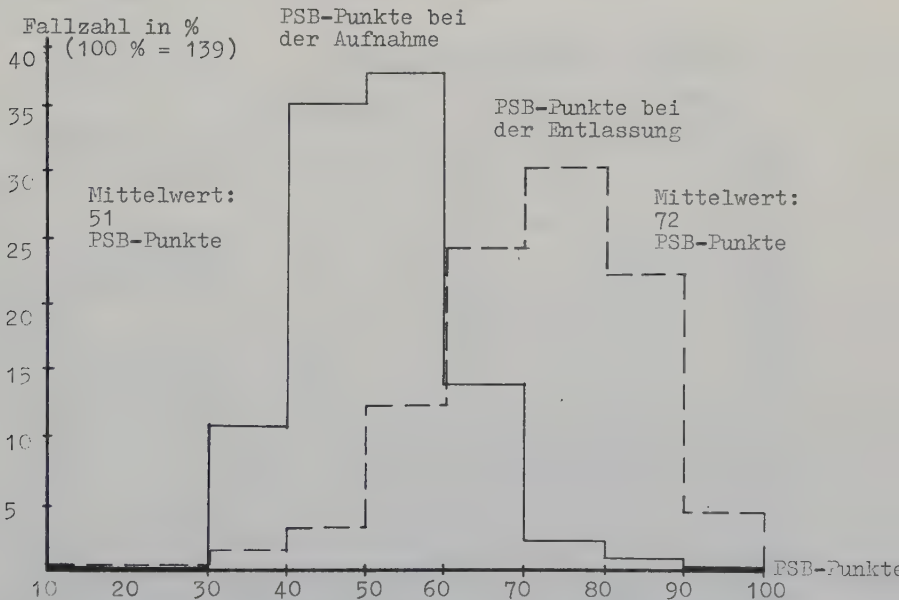


Abb. : Verteilung der psychosozialen Beeinträchtigung
2.2.4. der neurotischen Depression bei der Aufnahme
und bei der Entlassung

2.3. Beschreibung der Persönlichkeitsstörungen

2.3.1. Altersverteilung

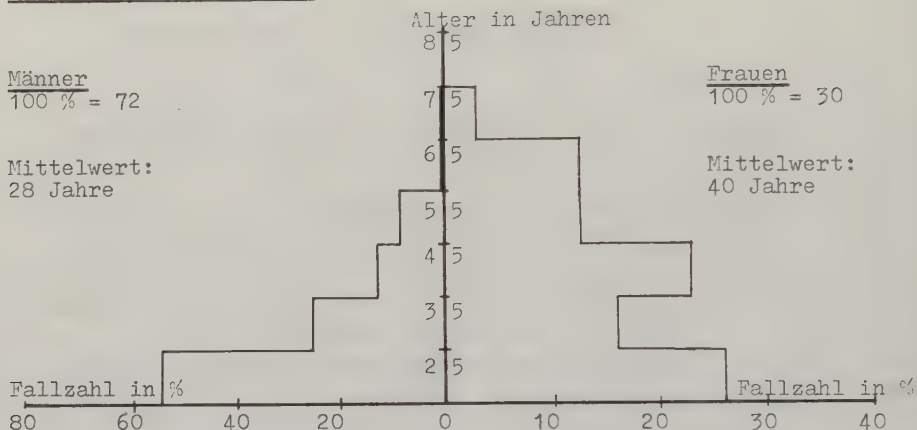


Abb. : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit
2.3.1. Persönlichkeitsstörungen

2.3.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

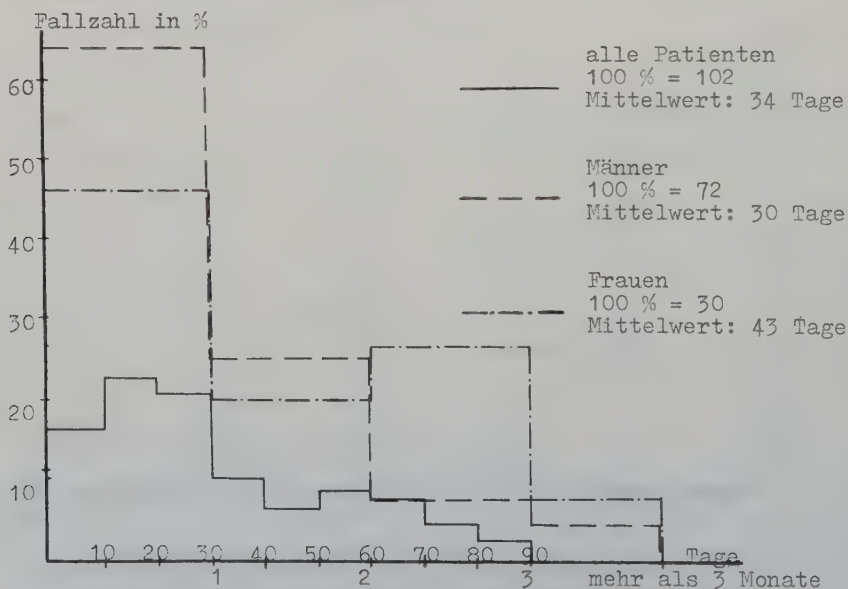


Abb. : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei allen Patienten
2.3.2. mit Persönlichkeitsstörungen und getrennt nach Männern und Frauen

2.3.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

	Anzahl aller Aufenthalte						
	1	2	3	4	5	mehr als 5	
Männer (Fallzahl in %)	76,4	11,1	4,2	1,4	1,4	1,4	100 % = 69
Frauen (Fallzahl in %)	70,0	13,3	3,3	3,3	3,3	6,6	100 % = 30

Tab. : Verteilung der Anzahl aller Aufenthalte in
2.3.3 psychiatrischen Kliniken bei Männern und
Frauen mit Persönlichkeitsstörungen

2.3.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

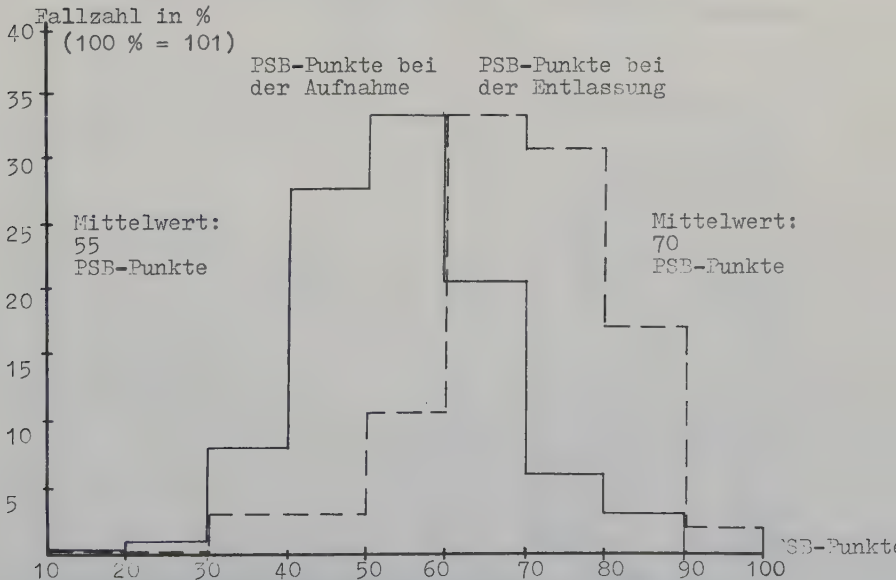


Abb. : Verteilung der psychosozialen Beeinträchtigung
2.3.4. der Persönlichkeitsstörungen bei der Aufnahme
und bei der Entlassung

2.4. Beschreibung der körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs

2.4.1. Altersverteilung

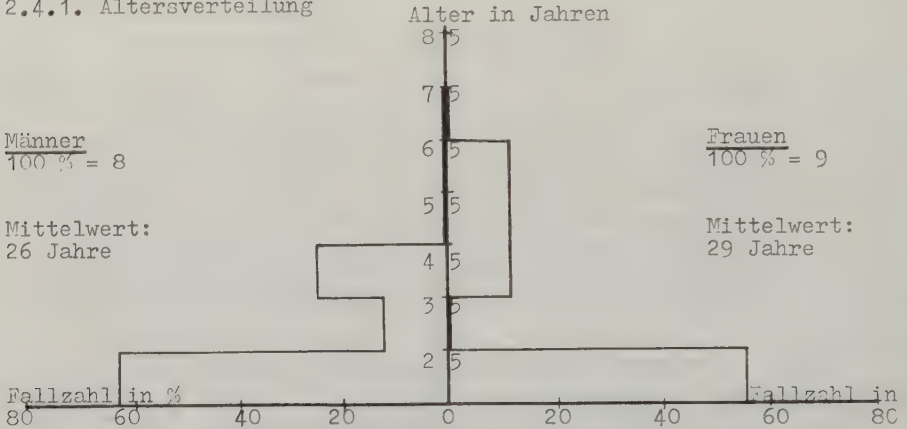


Abb. : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs

2.4.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

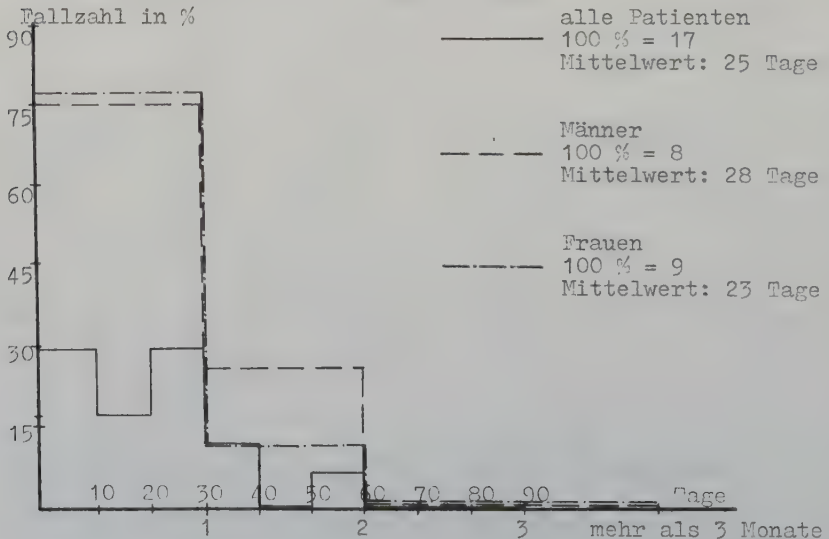


Abb. : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei allen Patienten mit körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs und getrennt nach Männern und Frauen

2.4.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

	Anzahl aller Aufenthalte						
	1	2	3	4	5	mehr als 5	
Männer (Fallzahl in %)	100	0	0	0	0	0	100 % = 8
Frauen (Fallzahl in %)	88,9	0	11,1	0	0	0	100 % = 9

Tab. 2.4.3.: Verteilung der Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken bei Männern und Frauen mit körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs

2.4.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

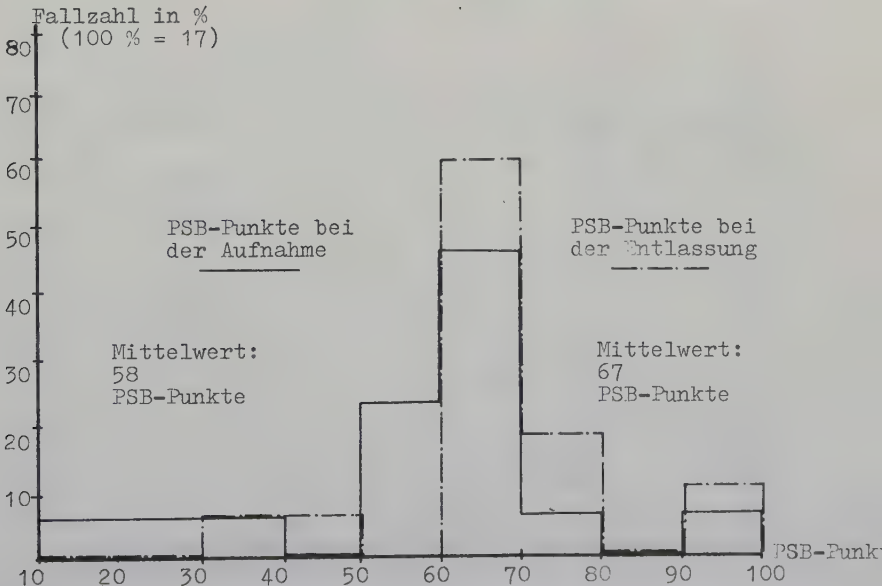


Abb. 2.4.4.: Verteilung der psychosozialen Beeinträchtigung der körperlichen Funktionsstörungen psychischen Ursprungs bei der Aufnahme und bei der Entlassung

2.5. Beschreibung der psychogenen Reaktionen

2.5.1. Altersverteilung

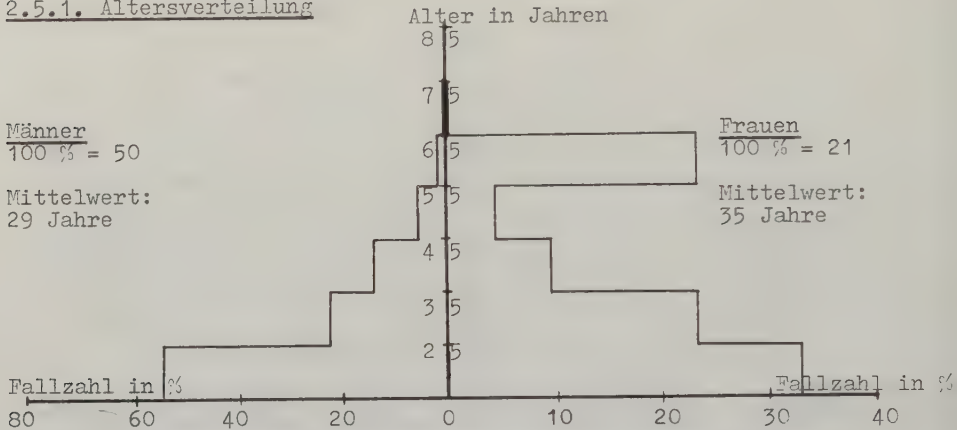


Abb. : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit
2.5.1. psychogenen Reaktionen

2.5.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

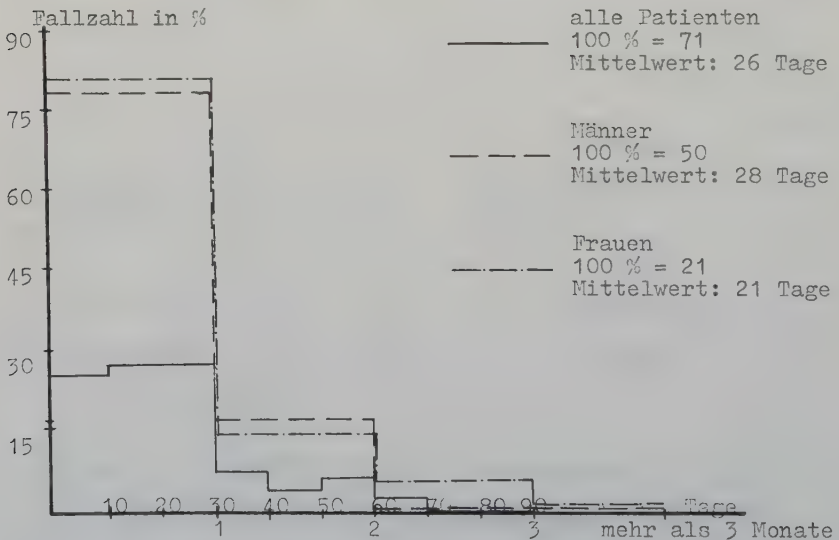


Abb. : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei allen Patienten
2.5.2. mit psychogenen Reaktionen und getrennt nach Männern und Frauen

2.5.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

	Anzahl aller Aufenthalte						
	1	2	3	4	5	mehr als 5	
Männer (Fallzahl in %)	92	6	2	0	0	0	100 % = 50
Frauen (Fallzahl in %)	95,2	4,8	0	0	0	0	100 % = 21

Tab. : Verteilung der Anzahl aller Aufenthalte in
2.5.3. psychiatrischen Kliniken bei Männern und
Frauen mit psychogenen Reaktionen

2.5.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

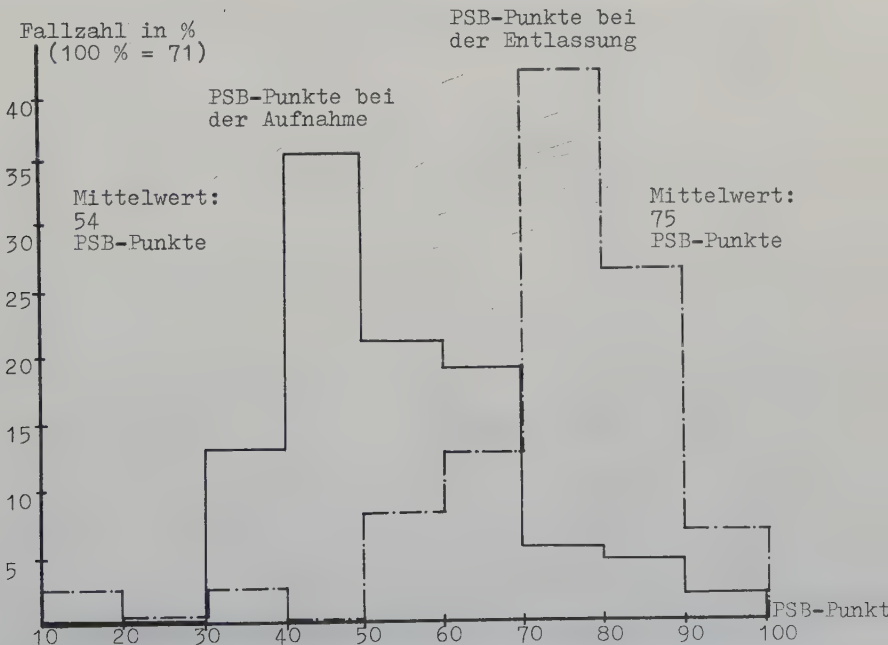


Abb. : Verteilung der psychosozialen Beeinträchtigung
2.5.4. der psychogenen Reaktionen bei der Aufnahme
und bei der Entlassung

2.6. Beschreibung der Suchtkrankheiten

2.6.1. Altersverteilung

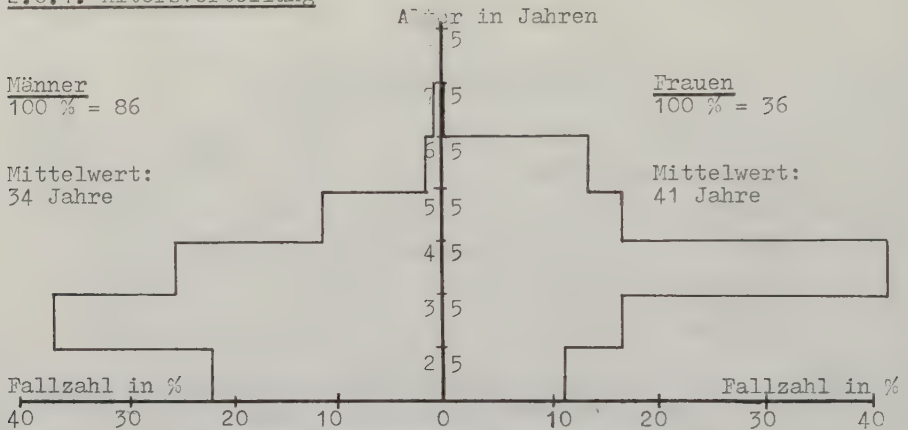


Abb. : Altersverteilung bei Männern und Frauen mit
2.6.1. Suchtkrankheiten

2.6.2. Aufenthaltsdauer in der Klinik

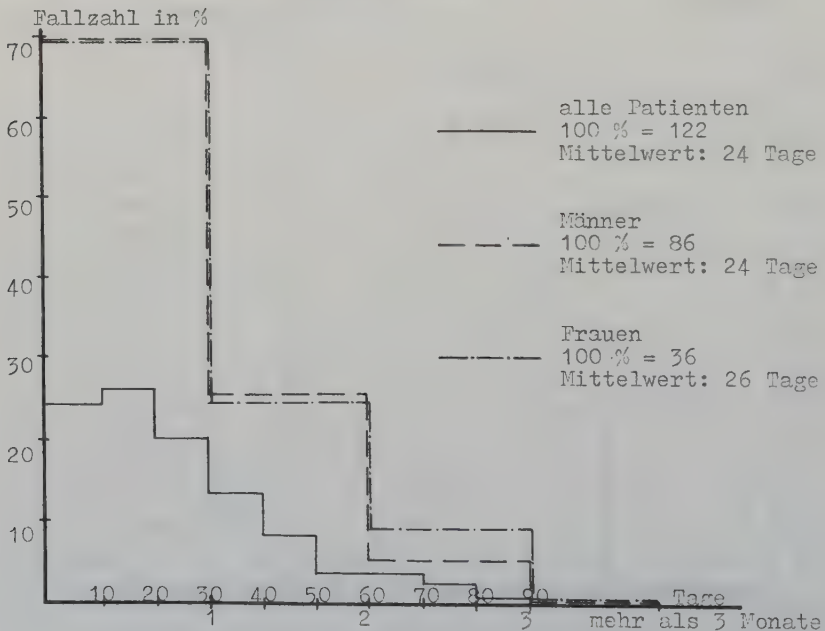


Abb. : Verteilung der Aufenthaltsdauer bei allen Patienten
2.6.2. mit Suchtkrankheiten und getrennt nach Männern
und Frauen

2.6.3. Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

	Anzahl aller Aufenthalte						
	1	2	3	4	5	mehr als 5	
Männer (Fallzahl in %)	74,4	15,1	1,2	2,3	0	2,4	100 % = 82
Frauen (Fallzahl in %)	66,1	16,7	13,9	2,8	2,8	0	100 % = 35

Tab. 2.6.3. Verteilung der Anzahl aller Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken bei Männern und Frauen mit Suchtkrankheiten

2.6.4. Psychosoziale Beeinträchtigung

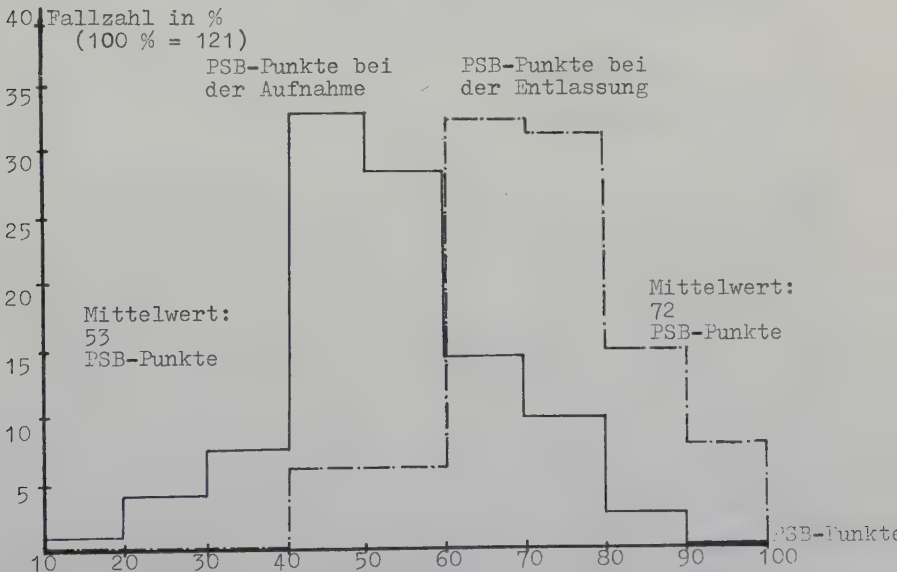


Abb. 2.6.4. Verteilung der psychosozialen Beeinträchtigung der Suchtkrankheiten bei der Aufnahme und bei der Entlassung

0. Übersicht über die Diagnosegruppen

0.1. Durchschnittsalter

Tab. : Durchschnittsalter in zunehmender Reihenfolge
0.1. bei Patienten der untersuchten Diagnosegruppen

D i a g n o s e g r u p p e	Durchschnittsalter (in Jahren)		
	ges.	Männer	Frauen
1. Körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs	28	26	29
2. Psychogene Reaktionen	31	29	35
3. Persönlichkeitsstörungen	31	28	40
4. Neurosen (o. neur. Depress.)	31	31	32
5. Neurotische Depression	36	33	38
6. Suchtkrankheiten	36	34	41

0.2. Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik

Tab. : Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in zunehmender
0.2. Reihenfolge bei Patienten der untersuchten Diagnosegruppen

D i a g n o s e g r u p p e	Aufenthaltsdauer (in Tagen)		
	ges.	Männer	Frauen
1. Suchtkrankheiten	24	24	26
2. Körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs	25	28	23
3. Psychogene Reaktionen	26	28	21
4. Persönlichkeitsstörungen	34	30	43
5. Neurotische Depression	36	40	34
6. Neurosen (o. neur. Depress.)	38	38	39

0.3 Durchschnittliche Anzahl aller Klinikaufenthalte

Tab. : Durchschnittliche Anzahl aller Klinikaufenthalte in zunehmender Reihenfolge bei Patienten der untersuchten Diagnosegruppen

D i a g n o s e g r u p p e	<u>Anzahl aller Klinik- aufenthalte</u>		
	ges.	Männer	Frauen
1. Psychogene Reaktionen	1,1	1,1	1,0
2. Körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs	1,1	1,0	1,2
3. Neurotische Depression	1,4	1,4	1,4
4. Suchtkrankheiten	1,5	1,5	1,7
5. Persönlichkeitsstörungen	1,6	1,4	2,0
6. Neurosen(o. neur. Depress.)	1,7	1,5	1,8

0.4 Durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung

0.4.1 Durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung bei der Aufnahme

Tab. : Durchschnittliche PSB bei der Aufnahme in Reihenfolge zunehmender Schwere des Krankheitsbildes bei Patienten der untersuchten Diagnosegruppen

D i a g n o s e g r u p p e	<u>PSB-Punkte bei der Aufnahme</u>		
	ges.	Männer	Frauen
1. Körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs	58	70	47
2. Persönlichkeitsstörungen	55	55	54
3. Psychogene Reaktionen	54	56	50
4. Neurosen(o. neur. Depress.)	53	54	52
5. Suchtkrankheiten	53	54	49
6. Neurotische Depression	51	53	50

0.4.2 Durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung bei der Entlassung

Tab. : Durchschnittliche PSB bei der Entlassung in Reihenfolge zunehmender Schwere des Krankheitsbildes bei Patienten der untersuchten Diagnosegruppen.

D i a g n o s e g r u p p e	<u>PSB-Punkte bei der Entlassung</u>		
	ges.	Männer	Frauen
1. Psychogene Reaktionen	75	74	76
2. Suchtkrankheiten	72	72	71
3. Neurotische Depression	72	74	70
4. Persönlichkeitsstörungen	70	70	67
5. Neurosen(o. neur. Depress.)	69	70	68
6. Körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs	67	70	65

0.4.3 Differenz aus durchschnittlicher psychosozialer Beeinträchtigung bei der Entlassung und bei der Aufnahme

Tab. : Differenz aus durchschnittlicher PSB bei der Entlassung und bei der Aufnahme in abnehmender Reihenfolge bei Patienten der untersuchten Diagnosegruppen

D i a g n o s e g r u p p e	<u>Differenzpunkte</u>		
	ges.	Männer	Frauen
1. Psychogene Reaktionen	21	19	26
2. Neurotische Depression	21	21	20
3. Suchtkrankheiten	20	18	22
4. Neurosen(o. neur. Depress.)	16	16	15
5. Persönlichkeitsstörungen	15	16	14
6. Körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs	9	0	18

0.5. Symptomatik

Tab. : Übersicht über die Häufigkeit von Symptomen bei
 0.5 Patienten der untersuchten Diagnosegruppen
 Angaben in % der Fälle

Symptom	Diagnosegruppe					
	Neurosen (ohne neurot. Depression)	neurotische Depression	Persönlich- keitsstörun- gen	körperl. Fun- ktionsstörung. psych. Urspr.	Psychogene Reaktionen	Suchtkrank- heiten
<u>Bewußtseinsstörungen</u>						
Bewußtseins-Verminderung	2,9	0,7	3,9	3,2	1,4	4,1
Bewußtseins-Trübung	1,9	0	2,0	0	1,4	1,6
Bewußtseins-Einengung	1,9	2,2	4,9	0	1,5	4,9
Bewußtseins-Verschiebung	0	0	0	0	0	0
<u>Orientierungsstörungen</u>						
zeitlich	1,9	2,2	2,9	3,2	6,0	7,4
örtlich	1,0	1,4	3,9	3,2	2,9	5,7
situativ	1,9	0	2,9	0	4,4	9,8
über die eigene Person	0	0	1,0	0	1,4	1,6
<u>Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen</u>						
Auffassungsstörungen	2,9	6,5	15,7	7,7	10,5	18,0
Konzentrationsstörungen	29,1	36,0	39,2	16,8	34,7	41,8
Merkfähigkeitsstörungen	10,7	14,4	18,6	7,7	13,5	25,4
Gedächtnisstörungen	4,9	7,9	16,7	0	15,0	11,5

S y m p t o m	D i a g n o s e g r u p p e					
	Neurosen (ohne neurot. Depression)	neurotische Depression	Persönlich- keitsstörun- gen	körperl. Fun- ktionsstörung. psych. Urspr.	Psychogene Reaktionen	Suchtkrank- heiten
Konfabulationen	0	1,4	2,9	0	3,0	3,3
Paramnesien	0	0	2,0	0	0	0
<u>Formale Denkstörungen</u>						
gehemmt	5,8	5,0	4,9	9,1	10,6	4,1
verlangsamt	18,5	14,4	20,6	7,7	22,6	22,1
umständlich	13,6	13,0	21,6	9,1	15,2	13,9
eingeengt	28,2	19,4	17,7	10,9	16,4	14,8
perseverierend	5,8	5,8	7,8	7,7	2,9	4,1
Grübeln	24,3	20,9	12,8	0	18,1	6,6
Gedankendrängen	1,9	2,2	0	0	1,5	0
ideenflüchtig	1,9	3,6	4,9	0	3,0	1,6
Vorbeireden	1,0	0,7	3,9	0	4,6	4,1
gesperret/Gedankenabreißen	1,9	1,4	1,0	0	4,6	0,8
inkohärent/zerfahren	1,0	3,6	4,9	0	1,5	2,5
Neologismen	0	0	0	0	0	0
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>						
Mißtrauen	18,5	15,1	23,5	1,8	20,1	10,7
Hypochondrie (nicht wahnhaft)	24,3	14,4	20,6	18,2	7,6	2,5
Phobien	12,6	3,6	2,0	0	3,0	0,8
Zwangsdenken	13,6	3,6	6,9	0	3,0	2,5
Zwangsimpulse	2,9	0,7	1,0	4,6	1,5	0,8
Zwangshandlungen	7,8	4,3	1,0	4,6	3,0	0,8

Symptom	Diagnosegruppe					
	Neurosen (ohne neurot. Depression)	neurotische Depression	Persönlich- keitsstörun- gen	körperl. Fun- ktionsstörun- g. psych. Urspr.	Psychogene Reaktionen	Suchtkrank- heiten
<u>Wahn</u>						
Wahn-Stimmung	0	0	2,0	4,6	3,0	3,3
Wahn-Wahrnehmung	0	0	0	0	4,6	1,6
Wahn-Einfall	0	0,7	1,0	0	3,0	2,5
Wahn-Gedanken	0	0	0	4,6	3,0	3,3
systematisierter Wahn	0	0	0	0	1,5	0
Wahn-Dynamik	0	0	0	0	3,0	0,8
Beziehungswahn	3,9	2,2	0	0	3,0	0,8
Beeinträcht.- Verfolgungswahn	0	0,7	1,0	4,6	3,0	3,3
Eifersuchtswahn	0	0	1,0	0	0	0
Schuldswahn	0	0,7	0	0	0	0
Verarmungswahn	0	0	0	0	0	0
hypochondrischer Wahn	0	1,4	0	0	0	0
Größenwahn	0	0	0	0	0	0
andere Wahninhalte	0	0	0	0	0	0
<u>Sinnestäuschungen</u>						
Illusionen	0	0	0	0	1,5	0
Stimmenhören	0	0	1,0	0	1,5	0,8
andere akustische Halluzinationen	0	0,7	0	0	0	1,6
optische Halluzinationen	1,0	1,4	0	0	1,5	1,6
Körperhalluzinationen	0	0,7	0	0	1,5	0
Geruchs-/Geschmackshalluz.	0	0,7	0	0	0	0

Symptom	Diagnosegruppe					
	Neurosen (ohne neurot. Depression)	neurotische Depression	Persönlich- keitsstörun- gen	Körperl. Fun- ktionsstörung. psych. Urspr.	Psychogene Reaktionen	Suchtkrank- heiten
<u>Ich-Störungen</u>						
Derealisation	1,0	1,4	3,9	4,6	6,0	0,8
Depersonalisation	2,9	0,7	2,9	0	6,0	1,6
Gedankenausbreitung	0	0,7	0	0	0	0
Gedankenentzug	0	0,7	0	0	0	0,8
Gedankeneingebung	0	0	0	0	0	0
and. Fremdbeeinfl.-Erlebn.	0	0	0	0	1,5	0
<u>Störungen der Affektivität</u>						
ratlos	30,1	36,7	25,5	6,4	28,6	18,9
Gefühl der Gefühllosigkeit	4,9	7,2	2,0	4,6	3,0	2,5
affektarm	9,7	13,7	22,6	0	16,6	9,8
Störung der Vitalgefühle	35,9	36,0	29,4	18,2	21,2	23,0
deprimiert	66,0	85,6	61,8	33,7	72,5	55,3
hoffnungslos	35,0	48,9	33,3	27,3	25,8	23,0
ängstlich	57,3	57,6	29,4	21,4	36,3	34,4
euphorisch	1,0	2,2	1,0	0	1,5	5,7
dysphorisch	22,3	25,2	36,3	16,8	13,5	24,6
gereizt	16,5	18,7	25,5	13,6	13,6	14,8
innerlich unruhig	45,6	52,5	38,2	16,8	37,8	42,6
klagsam/jammerig	42,7	29,5	30,4	7,7	13,5	11,5
Insuffizienzgefühle	41,8	48,9	28,4	22,7	21,2	28,7
gesteig. Selbstwertgefühle	1,0	4,3	5,9	4,6	4,6	4,1

S y m p t o m	D i a g n o s e g r u p p e					
	Neurosen (ohne neurot. Depression)	neurotische Depression	Persönlich- keitsstörun- gen	körperl. Fun- ktionsstörung. psych. Urspr.	Psychogene Reaktionen	Suchtkrank- heiten
Schuldgefühle	10,7	25,2	6,9	0	12,0	13,9
Verarmungsgefühle	0	0	2,0	0	0	0,8
ambivalent	10,7	15,1	4,9	9,1	6,0	8,2
Parathymie	0	2,2	5,9	4,6	3,0	2,5
affektlabil	8,7	18,0	17,7	4,6	4,6	5,7
affektinkontinent	2,9	7,9	8,8	0	4,6	7,4
affektstarr	8,7	5,0	2,0	1,8	10,4	7,4
<u>Antriebs- und psychomoto- rische Störungen</u>						
antriebsarm	31,1	38,1	31,4	15,5	25,5	22,1
antriebsgehemmt	19,4	15,1	7,8	1,8	16,4	8,2
antriebsgesteigert	14,6	10,1	11,8	4,6	10,6	13,9
motorisch unruhig	13,6	21,6	19,6	9,1	22,7	31,2
Parakinesen	0	0,7	1,0	0	0	0,8
manipuliert/bizarrr	0	1,4	3,9	0	4,4	0
theatralisch	11,7	7,2	9,8	3,2	5,6	9,0
mutistisch	2,9	0,7	1,0	0	4,3	0,8
logorrhöisch	4,9	7,9	4,9	4,6	4,6	4,9
<u>Circadiane Besonderheiten</u>						
morgens schlechter	8,7	10,1	6,9	0	3,0	6,6
abends schlechter	2,9	4,3	5,9	0	0	2,5
abends besser	1,9	2,9	2,0	0	1,5	1,6

Symptom	D i a g n o s e g r u p p e					
	Neurosen (ohne neurot. Depression)	neurotische Depression	Persönlich- keitsstörun- gen	körperl. Fun- ktionsstörung. psych. Urspr.	Psychogene Reaktionen	Suchtkrank- heiten
<u>Andere Störungen</u>						
sozialer Rückzug	33,0	31,7	26,5	16,8	28,7	27,0
soziale Umtriebigkeit	4,9	7,9	11,8	9,1	4,6	9,0
Aggressivität	10,7	25,9	22,6	9,1	9,1	13,1
Suizidalität	25,2	34,5	29,4	0	27,0	9,8
Selbstbeschädigung	6,8	0	4,9	9,1	4,6	9,0
Mangel an Krankheits- gefühl	10,7	0	16,7	18,2	7,6	15,6
Mangel an Krankheits- einsicht	18,5	0	21,6	18,2	7,6	21,3
Ablehnung der Behandlung	2,9	0	8,8	13,6	4,6	9,0
pflegebedürftig	20,4	0	15,7	13,6	16,7	18,9

7. Literaturverzeichnis

1. Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (1972): Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 2. Aufl., Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York
2. Degkwitz, R., Hoffmann, S.O., Kindt, H. (1982): Psychisch krank. Einführung in die Psychiatrie für das klinische Studium. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore
3. Ditz, H. (1984): Psychopathologische Symptomatik der organischen Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen Suchtkrankheiten und Oligophrenien. Dissertation, Universität München
4. Endicott, J., Spitzer, R., Fleiss, J., Cohen, J. (1976): The Global Assessment Scale. Arch Gen Psychiatry 33: 766-771
5. Wasner, J. (im Druck): Psychopathologische Symptomatik und demographische Merkmale der organischen Psychosen, der schizophrenen Psychosen und der paranoiden Syndrome. Dissertation, Universität München
6. World Health Organisation (1973): Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Dritte, korrigierte und erweiterte Auflage (8. Revision der ICD), Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York
7. World Health Organisation (1980): Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Fünfte Auflage, korrigiert nach der 9. Revision der ICD, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York

Herrn Prof. Dr. med. H. Hippius danke ich für die wohlwollende Überlassung des Themas und die Übernahme des Referates.

Herrn Dr. med. A. Strauß danke ich für die Betreuung bei der Durchführung der Arbeit.

Herrn Dipl.-Math. J. Scherer danke ich für die statistische Beratung und die Durchführung der rechnerunterstützten Datenauswertung.

Lebenslauf

Am 27. März 1959 wurde ich, Thomas Moukriotis, als zweites Kind meiner Eltern Ioannis Moukriotis, Arbeiter, und Chrissanti Moukrioti, Arbeiterin, in Pretorio/Griechenland, geboren.

1964 besuchte ich die Volksschule in Pretorio/Griechenland und wechselte 1965 in die Volksschule nach Geretsried über. 1970 trat ich in das griechische Gymnasium in München ein, wo ich 1976 die Reifeprüfung ablegte. Von 1977 bis 1978 besuchte ich das Studienkolleg in München.

Im Sommersemester 1978 begann ich das Studium der Zahnmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, das ich im Frühjahr 1983 beendete.

Am 24. August 1983 erhielt ich die Approbation als Zahnarzt.

Zur Zeit arbeite ich als Assistent in einer allgemeinen Zahnarztpraxis in München.

